

UNIVERSIDADE DE LISBOA FACULDADE
DE PSICOLOGIA



**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM NÍVEIS DE
SOBRECARGA, SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E
ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE CUIDADORES DE IDOSOS
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM CUIDADORES FORMAIS E
INFORMAIS**

Carla Sofia Sobreira Cardiga

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA
DOENÇA**

2014

**UNIVERSIDADE DE LISBOA FACULDADE
DE PSICOLOGIA**



**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM NÍVEIS DE
SOBRECARGA, SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E
ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE CUIDADORES DE IDOSOS
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM CUIDADORES FORMAIS E
INFORMAIS**

Carla Sofia Sobreira Cardiga

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**NÚCLEO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DA SAÚDE E DA
DOENÇA**

2014

“Cuidar é então por natureza um ato inerente à condição humana (Leite,2006), uma vez que à medida que vamos ultrapassando as grandes etapas do ciclo vital vamos sendo alvos de cuidados ou prestadores dos mesmos.”

Magda Oliveira, Cristina Queirós e Marina Guerra, 2007

Agradecimentos

Quero agradecer à minha família que sempre me ajudou a ultrapassar os momentos mais difíceis e que me apoiou de todas as formas ao longo do meu percurso académico. Agradeço ainda aos meus avós com especial carinho por entenderem as vezes que estive menos presente.

Um especial obrigado a uma das pessoas mais importantes na minha vida, Gonçalo Pereira, que sempre me acompanhou e me deu força para continuar.

Não posso deixar de agradecer ao meu padrinho na faculdade, Tiago A. Fonseca, por todas as vezes que me ajudou e que se mostrou disponível para me ajudar.

Um grande obrigado ao Professor André Leonor porque sem ele não estaria aqui.

Quero também agradecer o carinho e o suporte que todas e todos as(os) minhas(meus) colegas, e principalmente amigas e amigo me forneceram ao longo destes anos, Margarida Rodrigues, Ana Rodrigues, Rita Ramos, Carolina Cortez, Mariana e Marco.

Agradeço ainda às pessoas que não estando presentes, estão sempre comigo, em especial, Margarida Pinheiro dos Santos, Filipa Lobão, Liliana Ferreirinha e Catarina Monteiro. A todos os que aqui não couberam, cabem de certeza no meu coração e na minha vida, um muito obrigada por fazerem parte de mim.

Por ultimo, agradeço ao meu orientador Professor Fernando Fradique pelas as criticas que me possibilitaram avançar no meu processo de aprendizagem.

Resumo

A qualidade de vida (QDV) tem tomado ao longo das últimas décadas uma grande importância nas áreas relacionadas com a saúde da pessoa. O aumento da esperança média de vida levou ao surgimento da necessidade de cuidados especializados para a população idosa, tornando-se necessário um apoio continuado e integrado, tanto por parte dos familiares, como por parte dos profissionais de saúde (Oliveira *et al.*, 2007). Com o aumento do número de cuidadores, a atenção tem sido focada nas circunstâncias exigentes e desafiantes que estão envolvidas no ato de cuidar. (Zarit & Edwards, 2008)

Esta investigação teve como objetivo principal “Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspetiva de qualidade de vida”.

Integraram a amostra 40 participantes, 22 cuidadores formais com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos, e 18 cuidadores informais com idades compreendidas entre os 35 e 85 anos.

Este estudo caracteriza-se como exploratório com objetivo descritivo, no qual o plano de investigação é não experimental, correlacional e inferencial. Foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: Questionário sociodemográfico para cuidadores informais; Questionário sociodemográfico para cuidadores formais; Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref); Inventário Breve de Sintomas (BSI); Questionário de modos de lidar com os acontecimentos (QMLA); Escala de Sobrecarga do Cuidador (ZARIT); Inventário de *Burnout* de Copenhagen (COPENHAGEN).

Os resultados demonstram existir relações entre os níveis de *burnout*, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* e a QDV nos cuidadores. Estes resultados demonstram a importância de serem realizados outros estudos na área.

Palavras - Chave: Cuidadores formais e informais; Qualidade de Vida, Sobrecarga, *Burnout*; Sintomas Psicopatológicos e Estratégias de *coping*.

Abstract

Quality of life (QoL) has taken over the past few decades a great importance in areas related to the health of a person. The increasing of life expectancy had led to the emergence of the need for specialized care for the elderly population, making it necessary for the continued and integrated support from family members and by health professionals (Oliveira et al., 2007).

With the increasing number of caregivers, attention has been focused on the demanding and challenging circumstances that are involved in caring (Zarit & Edwards, 2008).

This investigation had as its main objective "Evaluate to what extent the experiences of overload, psychopathological symptoms and coping strategies used by formal and informal caregivers of the elderly is related to its quality of life perspective."

The sample was integrated by 40 participants, 22 formal caregivers aged from 25 to 61 years, and 18 informal caregivers aged between 35 and 85 years.

This study is characterized as exploratory with a descriptive purpose, in which the research design is non-experimental, correlational and inferential. The following data collection instruments were used: sociodemographic questionnaire for informal caregivers; sociodemographic questionnaire for formal caregivers; World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-Bref); Brief Symptom Inventory (BSI); Ways of Coping Questionnaire; Zarit Burden Interview (ZARIT); Copenhagen *Burnout* Inventory (COPENHAGEN).

The results demonstrate the existence of a relationship between levels of burnout, the psychopathological symptoms, the coping strategies and the QoL of the caregivers.

These results demonstrate the importance of other studies being made in this area.

Key - Words: formal and informal caregivers; Quality of Life, Burden, Burnout, Psychopathological Symptoms and Coping Strategies

Índice

I. Revisão de Literatura.....	1
1.1. O Cuidador.....	1
1.1.1. Cuidador Formal.....	1
1.1.2. Cuidador Informal.....	2
1.1.3. Distinção entre os Cuidados Formais e Informais.....	2
1.2. Qualidade de Vida e o Cuidador.....	3
1.3. Sobrecarga, Estratégias de <i>Coping</i> e o Ato de Cuidar.....	5
1.4. Modelos Integrativos.....	7
1.4.1. Modelo Transacional de Lazarus & Folkman.....	7
1.4.2. Modelo do Stress do Cuidador de Zarit & Edwards.....	8
1.4.3. Modelo do Processo de Cuidar e da Sobrecarga do Cuidador de Raina <i>et al.</i> (2004).....	11
1.5. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo.....	12
II. Metodologia.....	14
2.1. Caracterização metodológica do estudo.....	14
2.2. População e Amostra.....	14
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	15
2.3.1. Questionário sociodemográfico para cuidadores informais.....	16
2.3.2. Questionário sociodemográfico para cuidadores formais.....	16
2.3.3. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).....	16
2.3.4. Inventário Breve de Sintomas (BSI).....	18
2.3.5. Questionário de modos de lidar com os acontecimentos (QMLA).....	19
2.3.6. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ZARIT).....	21
2.3.7. Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhagen (COPENHAGEN).....	22
2.4. Procedimento.....	23
2.5. Análise de dados.....	24

III. Análise de Resultados.....	25
3.1. Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores.....	25
3.1.1. Cuidadores formais.....	25
3.1.2. Cuidadores informais.....	26
3.2. Avaliar a perceção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos cuidadores formais e informais.....	27
3.2.1. Avaliar a perceção de qualidade de vida, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos cuidadores formais e informais.....	27
3.2.2. Avaliar o nível de sobrecarga nos cuidadores informais.....	33
3.2.3. Avaliar o nível de <i>burnout</i> nos cuidadores formais.....	33
3.3. Comparar as perspetivas de qualidade de vida e as estratégias de <i>coping</i> dos cuidadores formais e informais.....	34
3.4. Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspetiva de qualidade de vida.....	35
3.5. Análises exploratórias realizadas no âmbito das diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos e dos níveis de sobrecarga.....	39
3.5.1. Diferenças entre subgrupos definidos a partir de dados demográficos.....	39
3.5.1.1. Cuidadores Formais.....	39
3.5.1.2. Cuidadores Informais.....	40
3.5.2. Diferenças entre grupos com níveis de sobrecarga distintos no que se refere aos resultados obtidos do WHOQOL-BREF, DO BSI E DO QMLA.....	41

IV. Discussão.....43

- 4.1. Avaliar a percepção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas nos cuidadores formais e informais de idosos (Objetivo 1).....43
- 4.2. Comparar as perspectivas de qualidade de vida, as estratégias de *coping* e os sintomas psicopatológicos dos cuidadores formais e informais (Objetivos 2, 3 e 4).....44
- 4.3. Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspectiva de qualidade de vida (Objetivo 5).....45
- 4.4. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos.....46
- 4.5. Comparar, dentro do grupo de cuidadores informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos.....47
- 4.6. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais e dentro do grupo de cuidadores informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos níveis de sobrecarga.....48
- 4.7. Adaptação do Modelo do Processo de Cuidar e da Sobrecarga do Cuidador de Raina *et al.* (2004).....48

V. Conclusões.....50

Referências Bibliográficas

Anexos

Índice de Quadros

Quadro 1. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das pontuações relativas do QMLA para os cuidadores informais e formais.....	27
Quadro 2. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do WHOQOL-Bref para os cuidadores formais e informais.....	27
Quadro 3. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do WHOQOL-Bref e QMLA para o total dos cuidadores.....	28
Quadro 4. . Medidas de Tendência Central e de Dispersão do BSI para os cuidadores formais e informais.....	30
Quadro 5. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do BSI para o total dos cuidadores.....	30
Quadro 6. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do ZARIT.....	31
Quadro 7. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do COPENHAGEN..	32
Quadro 8. Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as escalas do BSI para o total dos cuidadores.....	36

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo do Stress do Cuidador de Zartit & Edwards.....	7
Figura 2. Adaptação do modelo do processo de cuidar e da sobrecarga do cuidador (Raina <i>et al.</i> , 2004).....	47

I. Revisão de Literatura

Na sociedade a prestação de cuidados esteve sempre presente. Desde a infância até à terceira idade, as pessoas necessitam de cuidados. O prestador de cuidados pode ser entendido formalmente como o cuidador. O cuidador desempenha um papel determinante na vida da pessoa a quem presta cuidados, possibilitando, por vezes, à mesma a condição de viver. Desta forma, o estudo no que se refere aos cuidadores e aos desafios que estes enfrentam torna-se interessante, já que cuidar é um ato inerente à natureza humana.

Neste capítulo será apresentada a revisão de literatura na qual serão introduzidos os conceitos relativamente às variáveis que fazem parte desta investigação, bem como os modelos integrativos que descrevem as ligações entre as variáveis aqui estudadas.

1.1. O Cuidador

Neste segmento será apresentado o conceito de cuidador formal e informal, constatando-se as diferenças entre os dois tipos de cuidadores e de cuidados prestados pelos mesmos.

1.1.1. O Cuidador Formal

O cuidador formal é definido como o “profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional.” (Oliveira *et al.*, 2007, p.182) Desta forma, o cuidador formal recebe uma recompensa monetária pelo trabalho desempenhado, desenvolvendo atividades de cuidado especializadas e restritas, com um horário definido e com direitos associados (por exemplo, licença de maternidade). Ao nível desta investigação podem-se encontrar cuidadores formais que prestam cuidados ao idoso numa instituição (lar ou centro de dia) ou no domicílio. O cuidador formal pode assim desempenhar diferentes tipos de cuidados e assumir diferentes responsabilidades perante o idoso. Torna-se necessário identificar o cuidador formal

como o profissional na área da saúde que fornece ao idoso um serviço de carácter especializado, que tem em conta as necessidades do idoso.

1.1.2. Cuidador Informal

O cuidador informal desempenha tarefas e tem responsabilidades que podem incluir o suporte emocional, a ligação com os serviços formais e assistência financeira, sem renumeração ou horário definido, uma vez que dependerá das necessidades do doente. (Goodhead & McDonald, 2007). O ato de cuidar para o cuidador informal pode ser definido funcionalmente como:

As interações nas quais um familiar ajuda outro familiar regularmente (diariamente ou quase) com tarefas que são necessárias para uma vida independente, incluindo tarefas ‘instrumentais’, como gerir as finanças, transporte, compras, cozinhar e realizar tarefas domésticas, e tarefas ‘pessoais’, como o “dar banho”, ajudar a vestir, e higiene pessoal. (Zarit & Edwards, 2008, p.256)

Apesar de existirem centros de cuidados especializados para idosos, as famílias continuam a desempenhar um papel importante no ato de cuidar, na medida em que constituem muitas vezes como os cuidadores principais do idoso. Os cuidados prestados pelos familiares, tanto monetários como emocionais, têm consequências importantes para as famílias, tanto ao nível estrutural no que se refere ao número de filhos como no tempo dispensado para a família. (Zarit & Edwards, 2008)

1.1.3. Distinção entre os Cuidados Formais e Informais

Torna-se importante distinguir de forma clara os dois tipos de cuidados prestados pelos cuidadores formais e informais, de forma a entender quais as diferenças que poderão ser encontradas entre estes dois grupos. Assim, o cuidado informal ocorre num contexto relacional em que existem laços afectivos, e as tarefas e as responsabilidades são maiores do que numa relação normal entre adultos, com recompensas indefinidas. Normalmente não é planeado e não tem em consideração as necessidades do cuidador como, por exemplo, o mesmo estar de férias ou doente. No

que se refere ao cuidado formal, este ocorre num contexto relacional profissional definido por regras, sendo que as tarefas são recompensadas monetariamente e são normalmente mais especializadas e restritas, planeadas e reguladas com horas definidas, e com consideração pelas necessidades do cuidador. (Colligns, 2006) Apesar desta distinção é importante considerar que a mesma não é estanque e que, por exemplo, podem existir cuidadores formais que formam laços afectivos com o idoso.

Tornar-se um cuidador informal não é normalmente escolhido ou planeado; normalmente, as pessoas não se imaginam a serem cuidadoras quando pensam no futuro. Desta forma, a preparação para este papel ocorre normalmente quando a pessoa já é cuidadora. Para além disto, o cuidador informal não tem os direitos, os privilégios e as regalias que costumam existir para os cuidadores formais. Esta carreira não é normalmente reconhecida pela sociedade como algo que é recompensante perseguir. Este papel distingue-se também das carreiras ocupacionais na medida em que a progressão ao longo do percurso é conduzida não pela ambição, mas sim pela progressão das dependências funcionais. Por último, ao contrario da carreira profissional, o cuidador não pode começar ou acabar a atividade quando pretende. (Raina et al., 2004)

No segmento seguinte será apresentado o conceito de qualidade de vida e como este se relaciona com o conceito de cuidador.

1.2. Qualidade de Vida e o Cuidador

Ao longo do tempo podemos constatar que a vida humana tem sido cada vez mais prolongada, não só em consequência dos progressos científicos e tecnológicos da Medicina, mas também das transformações socioeconómicas que proporcionaram uma melhoria geral da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas. Este fenómeno, juntamente com a diminuição da fecundidade, está na base do envelhecimento demográfico suscitado pelo aumento da longevidade, aumento esse que nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde. (Oliveira *et al.*, 2007, p.181)

A qualidade de vida (QDV) tem tomado ao longo das últimas décadas uma grande importância nas áreas relacionadas com a saúde da pessoa, devido ao aumento da esperança média de vida, trazendo para a sociedade atual um problema pertinente: viver um maior número de anos significa ou não viver melhor? Este factor levou a uma preocupação maior por parte da sociedade, das instituições e dos profissionais de saúde com a promoção da mesma. A saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde, como o “estado completo de bem-estar físico, psicológico e social” (WHO, 2006, p.1)¹ Neste sentido a qualidade de vida foi definida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28). A QDV é influenciada pela saúde física da pessoa, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais e pelas relações com o ambiente à sua volta (WHOQOL Group, 1993). Na presente investigação torna-se importante considerar a QDV relacionada com a saúde como “(...) níveis óptimos do funcionamento mental, físico, das funções a desempenhar (por exemplo, trabalho, parental, cuidador, etc.) e de funcionamento social, incluindo as relações, e as percepções de saúde, de *fitness*, de satisfação com a vida e de bem-estar” (Bowling, 2001, p.6). Diversos estudos demonstraram a importância da saúde para a pessoa quando se trata de avaliar a sua qualidade de vida (Rogerson *et al.*, 1989; Bowling, 2001; Rogerson, 1999).

Ao longo das últimas décadas a esperança média de vida na população portuguesa aumentou cerca de dez anos (PORDATA, 2014), levando a uma maior necessidade de cuidados especializados para a população idosa, tornando-se necessário um apoio continuado e integrado, tanto por parte dos familiares, como por parte dos profissionais de saúde (Oliveira *et al.*, 2007). O estudo da QDV em cuidadores torna-se, assim, pertinente por se apresentar um problema e uma preocupação atual da sociedade. O processo de deterioração que a pessoa de terceira idade sofre leva a uma diminuição das capacidades físicas e cognitivas à medida que o tempo avança, levando, desta forma, à necessidade de cuidados especializados e de ajuda nas tarefas diárias, tanto por parte de profissionais de saúde (cuidadores formais) como por parte de familiares ou amigos (cuidadores informais).

¹ Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, tal como foi adoptado na Conferencia Internacional de Saúde.

1.3. Sobrecarga, Estratégias de *Coping* e o Ato de Cuidar

Com o aumento do número de pessoas a cuidar dos familiares mais idosos, a atenção tem sido focada nas circunstâncias exigentes e desafiantes que estão envolvidas no ato de cuidar. Muita da investigação realizada sobre os cuidadores familiares tem-se focado na identificação dos stressores e da sobrecarga envolvida no ato de cuidar, assim como nos factores protetores e de risco do stress. (Zarit & Edwards, 2008).

O papel de cuidador para o familiar implica uma alteração das rotinas do mesmo assim como a aquisição de novas responsabilidades que se modificam com a progressão da idade do idoso, o que pode representar uma fonte de *stress*. O cuidador formal pode também encontrar obstáculos ao desempenho das suas funções, como por exemplo os recursos disponibilizados. Em ambos os casos, os stressores no contexto do ato de cuidar podem ser definidos como “as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experienciadas pelos cuidadores (i.e. as exigências e os obstáculos excedem ou ultrapassam o limite da capacidade de adaptação do sujeito).” (Aneshental *et al.*, 1995). A presença de stressores pode levar ao sentimento de sobrecarga subjetiva e objectiva por parte do cuidador. O stress experienciado pelo cuidador ocorre quando o que é necessário não é suportado pelas capacidades de resposta do mesmo ou quando interfere com outros objectivos do próprio (Raina *et al.*, 2004). Torna-se assim importante distinguir dois conceitos derivados de sobrecarga que se encontram na literatura: *burden*, associado ao cuidador informal (Jones *et al.*, 2011; Melo *et al.*, 2011) ; e *burnout*, experienciado pelo cuidador formal, que se encontra relacionado com o exercício do cargo. O conceito de *burden* no cuidador foi definido como as dificuldades multidimensionais encontradas no ato de cuidar, associadas ao papel do cuidador (Jones *et al.*, 2011). Associado a este conceito está o síndrome de sobrecarga do cuidador que pode ser definido como o “estado de sofrimento que ameaça a saúde física e psicológica devido ao ato de cuidar de um familiar com algum tipo de incapacidade” (Cardona *et al.*, 2012, p.30). O *burnout* foi definido como “o estado de exaustão física, emocional e mental que resulta de um envolvimento a longo-prazo em situações de trabalho que são exigentes emocionalmente” (Schaufeli & Greenglass, 2001, p.501). Kristensen, Borritz, Villadsen & Chistensne (2005) acrescentaram ao conceito de *burnout* três dimensões

que o caracteriza: *Burnout* pessoal, definido como “o grau de fadiga e exaustão física e psicológica experienciada pela pessoa” (p.197); *Burnout* relacionado com o trabalho, i.e. o grau de exaustão relacionado com o trabalho especificamente; *Burnout* relacionado com o cliente, i.e., o grau de exaustão especificamente relacionado com o trabalho e com o cliente. Nas suas considerações teóricas acerca deste conceito, em 2005, Kristensen *et al.* acrescentaram um elemento fundamental que é a atribuição causal que o indivíduo faz acerca do que sente e como lida com os sintomas relacionados com o *burnout*. Segundo os autores, as pessoas utilizam um esquema de sintomas preexistentes para tentarem explicar e compreender os sintomas percebidos, de forma a poder controlá-los. (Kristensen *et al.*, 2005). Assim, o indivíduo utiliza, por exemplo, um esquema preexistente acerca das dores de cabeça, como estas deverem-se ao cansaço ou à necessidade de comer, para poder explicar porque é que o sintoma ocorre, e desta forma controlá-lo, comendo ou indo descansar. Desta forma, a pessoa procura ativamente respostas que lhe permitam controlar os sintomas psicológicos e físicos associados à sobrecarga experienciada.

As respostas utilizadas pelo cuidador para diminuir o nível de stress experienciado podem ser definidas como estratégias de *coping*. O *coping* pode ser definido como “o esforço cognitivo e comportamental que se modifica constantemente para gerir as dificuldades externas e/ou internas que são avaliadas como ultrapassando os recursos da pessoa” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). O *coping* é definido por estes autores como um processo que ocorre apenas quando a pessoa avalia a situação como ultrapassando os seus recursos pessoais e que inclui tudo o que a pessoa faz e pensa dentro de um contexto específico, modificando as estratégias utilizadas à medida que a relação entre a pessoa e o ambiente de modifica. (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, as estratégias de *coping* resultam deste processo que envolve uma relação com o contexto e a situação em que a pessoa se encontra e que implica uma avaliação. (Lazarus & Folkman, 1984).

Torna-se importante referenciar que as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores para lidar com os níveis de sobrecarga associados ao ato de cuidar desempenham um papel determinante nos níveis de saúde física e mental dos mesmos. (Mattei *et al.*, 2008; Mausbach *et al.*, 2012; Sequeira, 2012; Zarit & Edwards, 2008).

As circunstâncias exigentes do ato de cuidar influenciam a qualidade de vida do cuidador, que pode experienciar níveis elevados de sobrecarga associados aos desafios presentes na prestação de cuidados. Por outro lado, as estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador em resposta a estes desafios podem funcionar como tentativas de atenuar os sintomas relacionados com a sobrecarga experienciada, influenciando a qualidade de vida do cuidador. Desta forma, existem variados factores que influenciam a QDV do cuidador, como as estratégias de *coping* utilizadas e a sobrecarga emocional e física a que estão sujeitos.

Na secção seguinte serão abordados os modelos que integram os conceitos apresentados num todo coerente, explicando de que forma estão relacionados.

1.4. Modelos Integrativos

Nesta secção da revisão de literatura serão apresentados os modelos teóricos que interligam os conceitos anteriormente apresentados, daí a sua pertinência para este estudo.

1.4.1. Modelo Transacional de Lazarus & Folkman

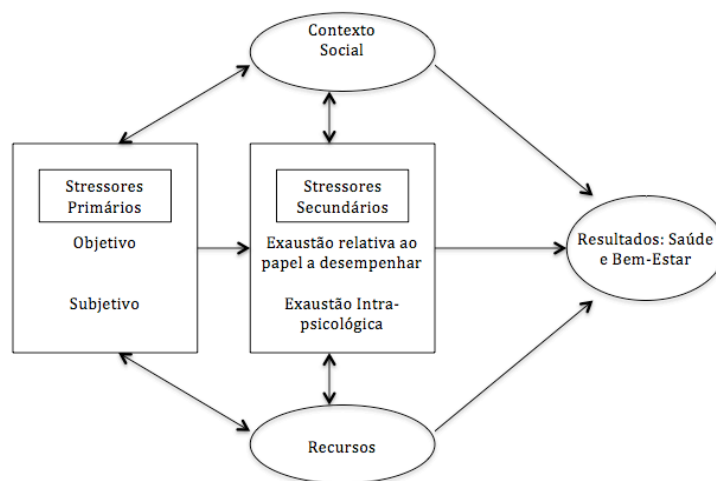
O modelo de Lazarus & Folkman é transacional na medida em que se reporta a uma relação dinâmica, recíproca e bidireccional entre a pessoa e o ambiente em que esta se encontra (Lazarus & Folkman, 1986). Este modelo aborda as relações entre a avaliação, o stress e o *coping* no ser humano. Segundo os autores, o stress pode ser definido como a relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como excedendo os recursos do próprio ou colocando em causa o seu bem-estar. Esta avaliação cognitiva realizada pela pessoa pode ser primária, quando é avaliado se existe algo em risco para a pessoa, ou secundária, quando existe uma análise das possibilidades de prevenir ou ultrapassar o dano causado à pessoa. Na avaliação secundária são também analisadas as opções de *coping* para lidar com a situação. O *coping*, desempenha duas funções: lidar com o problema que causa o sofrimento, *coping* focado no problema; e regular as emoções, *coping* focado na emoção. (Lazarus & Folkman, 1986). Os dois tipos *coping* são utilizados em simultâneo (Folkman & Lazarus, 1980, 1985). Desta forma, o “*coping* consiste nos pensamentos

e nos comportamentos que a pessoa utiliza para gerir as dificuldades de transação particular entre pessoa e ambiente que é relevante para o seu bem-estar.” (Lazarus & Folkman, 1986, p. 572).

1.4.2. Modelo do Stress do Cuidador de Zarit & Edwards

O modelo do stress do cuidador refere-se ao processo do ato de cuidar e foi desenvolvido com foco nos cuidadores informais familiares. Os autores definem o ato de cuidar como um processo multifacetado e complexo, “caracterizado por uma elevada variação individual em cada momento do processo”, no qual “as famílias diferem na sua vontade e capacidade para aceitarem o papel de cuidador, nos seus sentimentos de afecto e de obrigação para com o idoso e nos recursos que têm disponíveis para desempenharem este papel.” (Zarit & Edwards, 2008, p. 260). O modelo de stress do cuidador tem por base três conceitos importantes: potencial para a proliferação do *stress*; contenção do stress; e por último, o ato de cuidar entendido enquanto uma profissão. O primeiro conceito, potencial para a proliferação do *stress*, refere-se à interferência que o ato de cuidar e os stressores associados têm nas outras áreas da vida do indivíduo. O segundo conceito, contenção do *stress*, refere-se aos processos pelos quais o cuidador pode diminuir os efeitos dos stressores do ato de cuidar através da utilização dos recursos sociais, psicológicos e económicos disponíveis. O terceiro conceito, ato de cuidar entendido como uma profissão, refere-se ao processo de desenvolvimento pelo qual o cuidador passa, experienciando eventos específicos e importantes (Zarit & Edwards, 2008). Na figura 1 é apresentado um gráfico que representa as ligações entre estes três conceitos assim como as dimensões, que serão de seguida explicadas, do processo de stress do cuidador.

Fig. 1. Modelo do Stress do Cuidador de Zarit & Edwards



Antes de abordar as dimensões que estão presentes neste processo é necessário considerar que o tipo de relacionamento entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados desempenha um papel determinante em termos dos sentimentos de compromisso e de obrigação, assim como no nível de stress associado ao ato de cuidar. (Zarit & Edwards, 2008). O contexto social apresenta-se como um factor determinante no ato de cuidar, na medida em que diferentes culturas e diferentes grupos étnicos diferem nos seus valores e nas suas crenças relativamente ao mesmo. Da mesma forma, a visão relativamente ao envelhecimento e às (in)capacidades difere e apresenta consequências para o ato de cuidar, existindo famílias para as quais cuidar da pessoa em casa é o mais importante, enquanto que para outras famílias a ajuda profissional é considerada como sendo mais importante (Zarit & Edwards, 2008). Neste sentido, o estatuto socioeconómico apresenta uma relação complexa com o ato de cuidar. Torna-se ainda importante referir que o nível socioeconómico da família pode influenciar este processo, na medida em que famílias com baixos rendimentos poderão ter maiores dificuldades em obter ajuda e ficar por isso mais sobrecarregadas com as tarefas associadas ao mesmo, enquanto que famílias com elevado nível socioeconómico podem ter mais possibilidades de obter ajuda externa e ficarem menos sobrecarregadas pelas tarefas. No entanto isto pode não ocorrer sempre, uma vez que em que as famílias com menor possibilidades podem obter mais ajudas externas (por exemplo, subsídios do estado). Deve ainda considerar-se que o nível de stress é subjetivo e experienciado de forma única e diferente por cada pessoa, e nesse

sentido o nível de sobrecarga experienciado pode não ser maior quando o nível socioeconómico é mais baixo.

Os stressores primários e secundários são duas dimensões deste modelo que se baseiam nas definições de Perlin *et al.* (1990) relativamente ao ato de cuidar. Os stressores primários são definidos como “os eventos e as ações que estão diretamente relacionadas com a incapacidade do idoso e com a assistência fornecida ao mesmo” (Zarit & Edwards, 2008, p.263). Estes incluem a necessidade de cuidados relacionados com as atividades diárias e com os problemas de comportamento e psicológicos que a pessoa que recebe os cuidados tem. Os stressores secundários são definidos como as mudanças que ocorrem na vida dos cuidadores que resultam dos seus esforços para responderem ou gerirem as tarefas envolvidas no ato de cuidar. Esta distinção separa as atividades relacionadas com as incapacidades do idoso das consequências das mesmas para a vida do cuidador, dando oportunidade de distinguir as fontes de stress associadas ao ato de cuidar (Zarit & Edwards, 2008). Relativamente aos stressores primários existe ainda a diferenciação entre dimensões objectivas e subjetivas. As primeiras (objetivas) referem-se às atividades específicas realizadas pelo cuidador, como por exemplo ajudar a vestir. As segundas (subjetivas) referem-se ao impacto que os stressores têm no cuidador (Zarit & Edwards, 2008). Este modelo distingue dentro dos stressores secundários a exaustão relativamente ao papel de cuidador que pode ocorrer especificamente no conflito familiar, na rutura com trabalho, e na rutura com atividades sociais e de lazer; e a exaustão intrapsicológica, na qual o cuidador fica de tal forma imergido no seu papel que perde o sentido de si, levando ao descuido do seu bem-estar. Como já foi visto existem diversos stressores que ocorrem no processo de cuidar. No entanto, as pessoas dispõem ou não de recursos que lhes permitem lidar com esses stressores. O resultado que o processo de stress tem no individuo deve-se em parte às diferenças encontradas nos recursos disponíveis (Zarit & Edwards, 2008). Este modelo inclui três modificadores do nível de stress experienciado: suporte social, no qual os cuidadores recebem de amigos e familiares o suporte que lhes permite lidar com as frustrações do ato de cuidar, tanto a nível emocional como a nível instrumental; *coping*, definido por este modelo como as respostas (*coping* focado no problema; *coping* cognitivo, e *coping* emocional) do cuidador aos stressores de forma a evitar o dano próprio; e por último, o sentimento de controlo sobre as situações que ocorrem na sua vida ou de

mestria nas tarefas a desempenhar. Por último, este modelo afirma que a influência que os stressores têm no bem-estar e na saúde são o resultado do processo de stress no cuidador, referenciando diversos estudos que correlacionam sintomas depressivos e o papel de cuidador.

1.4.3. Modelo do Processo de Cuidar e da Sobrecarga do Cuidador de Raina *et al.* (2004)

O modelo do processo de cuidar e da sobrecarga do cuidador é um modelo multidimensional, desenvolvido por Raina e colaboradores em 2004, que procura relacionar os diversos constructos envolvidos no processo de cuidar. Este modelo foi direccionado ao processo de cuidar de crianças mas formulado com base em literatura geriátrica assim como pediátrica. O Modelo proposto por Raina e colegas é um modelo que apresenta cinco constructos principais: *background* e contexto; características da criança; *strain* do cuidador; factores intrapsíquicos; os factores de *coping*/apoio; e os resultados para a saúde. Cada constructo inclui diferentes factores que influenciam a saúde do cuidador (Raina *et al.*, 2004). O *background* e o contexto podem ser definidos como o “contexto no qual o ato de cuidar ocorre, com ênfase nas características socioeconómicas da família” (Raina *et al.*, 2004, p.9). No modelo as variáveis socioeconómicas estão elevadamente correlacionadas com a exposição a stressores, sendo que os recursos socioeconómicos podem levar a um menor sentimento de sobrecarga (Raina *et al.*, 2004). As características da criança são definidas como os “factores que são as condições objectivas do ato de cuidar, i.e. as manifestações da incapacidade da criança, e por isso constituem as dificuldades reais do cuidar” (Raina *et al.*, 2004, p.9). Quanto maior a dependência física e emocional do idoso maior serão as dificuldades para o cuidador. Relativamente ao constructo *strain*, foram consideradas as exigências do ato de cuidar, nomeadamente a auto-percepção da competência para realizar as tarefas que são necessárias e a perspectiva relativamente aos cuidados formais, nomeadamente no suporte fornecido. Os factores intra-psicológicos incluem o estado interno do indivíduo, no qual ocorre a auto-percepção do indivíduo enquanto cuidador. O constructo factores de *coping* inclui o suporte social, o funcionamento familiar e a forma de lidar com o stress. O suporte social é definido como sendo informal e provém das relações sociais com amigos e

familiares. O funcionamento familiar refere-se à forma como a família trabalha enquanto unidade. A forma de lidar com o stress inclui as estratégias de *coping* que são utilizadas pelo cuidador enquanto resposta a eventos stressantes. Por último, os resultados para a saúde incluem o bem-estar e a saúde do cuidador, tanto a nível psicológico (stress) como a nível físico e está intimamente ligado a todos os outros constructos e factores aqui definidos.

No segmento seguinte é apresentada a questão de investigação que este estudo pretende responder juntamente com os objectivos propostos.

1.5. Questão de Investigação e Objectivos do Estudo

Esta investigação pretende caracterizar uma população de cuidadores formais e informais no que se refere à QDV, às estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos e à sobrecarga experienciada. Desta forma, surge uma questão subjacente à presente investigação: “Em que medida as experiências de sobrecarga e de *burnout*, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de idosos se diferenciam e de que forma se relacionam com a sua perspetiva de qualidade de vida?”. Existem diversos estudos acerca dos cuidadores informais, da qualidade de vida dos mesmos, da sobrecarga experienciada e das estratégias de *coping* utilizadas. No entanto, não existem estudos que comparam os dois grupos de cuidadores e que avaliam simultaneamente a qualidade de vida, as estratégias de *coping* utilizadas, os sintomas psicopatológicos e o nível de sobrecarga associada ao ato de cuidar. Neste sentido a investigação que se pretende realizar desempenha um papel importante nesta área, ao abordar simultaneamente os cuidadores formais e informais. Desta forma, esta investigação poderá, possibilitar o desenvolvimento de programas que permitam aumentar a qualidade de vida dos cuidadores, fornecendo estratégias de *coping* para lidar com as dificuldades experienciadas, diminuindo o nível de sobrecarga associado ao ato de cuidar.

O objetivo geral desta investigação é avaliar a perceção de qualidade de vida em cuidadores formais e informais, por um lado, e as estratégias de confronto utilizadas por ambos os intervenientes no ato de cuidar e o nível de sobrecarga experienciado, por outro. No que se refere aos objetivos específicos, são definidos os seguintes:

1. Avaliar a percepção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas nos cuidadores formais e informais de idosos;

2. Comparar as perspectivas de qualidade de vida dos cuidadores formais e informais;

3. Comparar as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais;

4. Comparar os sintomas psicopatológicos dos cuidadores formais e informais

5. Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspectiva de qualidade de vida.

Considerando os objectivos aqui propostos foi desenvolvido um plano metodológico que será de seguido apresentado.

II. Metodologia

Neste capítulo é apresentada a metodologia do estudo na qual é descrito o processo e o plano de investigação utilizado.

2.1. Caracterização metodológica do estudo

Este estudo caracteriza-se como exploratório com objetivo descritivo, uma vez que a literatura sobre as variáveis em análise não é vasta, e que não foi ainda estabelecida nenhuma relação entre a qualidade de vida percebida, o nível de sobrecarga, as estratégias de *coping* e os sintomas psicopatológicos em cuidadores formais e informais. Neste sentido, o estudo pretende explorar e descrever as relações entre estas variáveis nos dois grupos de cuidadores, assim como comparar os dois grupos de cuidadores relativamente à qualidade de vida percebida e quanto às estratégias de *coping* utilizadas. O presente estudo é de natureza quantitativa, na medida em que utiliza dados numéricos para responder à questão de investigação colocada (Christensen, Johnson & Turner, 2011).

O plano de investigação é não experimental, na medida em que as variáveis não são manipuladas; correlacional, uma vez que pretende determinar o grau de relacionamento entre as variáveis (Christensen *et al.*, 2011); e inferencial, uma vez que se procede a comparação entre grupos.

A investigação apresentada é transversal, na medida em que os dados utilizados foram recolhidos num único momento.

2.2. População e amostra

A população definida para a investigação foram os cuidadores formais e informais de idosos, sendo que a amostra é constituída por cuidadores formais e informais de idosos, com idades compreendidas entre 69 e os 95 anos ($M=81,3$; $DP=5,9$) que pertenciam à freguesia da Penha de França. Os critérios de inclusão dos cuidadores informais foram: ter sido obtido o consentimento informado (anexo 1) e ser familiar ou amigo do idoso. Os critérios de inclusão para os cuidadores formais foram: ter sido obtido o consentimento informado e existir uma recompensa

monetária pelos serviços de cuidados prestados. A participação no estudo foi voluntária.

Foram obtidas respostas de 18 cuidadores informais e de 22 cuidadores formais. A amostra total é assim constituída por 40 sujeitos.

As idades dos cuidadores informais que integraram o estudo estão compreendidas entre 35 e 85 anos ($M=56,61$; $DP=12,47$), e as idades dos cuidadores formais estão compreendidas entre os 25 e os 61 anos ($M=43,91$; $DP=9,93$). No que se refere ao género dos cuidadores informais, a amostra é constituída por: 8 participantes (44,4%) do sexo masculino e 10 participantes (55,6%) do sexo feminino. Relativamente aos cuidadores formais, a amostra é constituída por: 3 participantes (13,6%) do sexo masculino e 19 (86,4%) do sexo feminino.

Relativamente aos cuidadores formais, torna-se ainda importante referir que, ao nível da categoria profissional, 81,8 % são ajudantes de ação direta, 9,1 % são psicólogos, 4,5 % são assistentes sociais e 4, 5% são educadores sociais. Os cuidadores formais da amostra desempenham esta função entre 1 e 22 anos de serviço ($M=7,50$; $DP=6,24$). Relativamente ao número de horas por semana de trabalho para os cuidadores formais, os valores encontram-se entre as 18 e as 48 horas ($M=35$; $DP=5,17$).

Relativamente aos cuidadores informais, torna-se ainda importante referir que, ao nível da situação profissional, 11 (61,1%) são trabalhadores a tempo inteiro, 6 (33,3%) estão reformados e 1 (5,6%) está em casa. Ao nível do grau de parentesco com o idoso, 2 (11,1%) são cônjuges, 10 (55,6%) são filhos(as), 1 (5,6%) é irmão, 1 (5,6%) é nora/genro, e 4 (22,2%) são outros membros da família. Relativamente há quanto tempo prestam cuidados ao idoso, 2 (11,1%) prestam cuidados entre 6 meses e 1 ano, 1 (5,6%) presta cuidados entre 1 e 2 anos; 4 (22,2%) entre 3 a 5 anos, e 11 (61,1%) há mais de 5 anos.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

A investigação realizada utilizou sete instrumentos de recolha de dados: Questionário sociodemográfico para cuidadores informais; questionário sociodemográfico para cuidadores formais; instrumento de avaliação da qualidade de

vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref); inventário breve de sintomas (BSI); questionário de modos de lidar com acontecimentos (QMLA); escala de sobrecarga do cuidador (ZARIT); e inventário de *burnout* de Copenhagen (COPENGAHEN). De seguida são apresentados os instrumentos referidos.

2.3.1. Questionário sociodemográfico – Cuidadores Informais

O questionário sociodemográfico (QSD) que foi utilizado para os cuidadores informais é composto pelas dimensões: Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Situação Profissional e Número de filhos a cargo, no caso de existir. Tendo em conta o tema e os objectivos do estudo foram acrescentadas outras variáveis relacionadas com o ato de cuidar como: o grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados; a distancia física entre o próprio e a pessoa a quem presta cuidados; o número de horas por semana, em média, que é ocupado pela prestação de cuidados; o tipo de apoio/cuidados são prestados ao familiar; se existe mais alguém a que colabore na prestação de cuidados e se esta colaboração é paga pela pessoa, no caso de existir; e se existe mais alguém a quem tem de prestar cuidados (anexo 2).

2.3.2. Questionário sociodemográfico – Cuidadores Formais

O QSD que foi utilizado para os cuidadores formais é composto pelas dimensões: Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Categoria Profissional e Número de filhos a cargo, no caso de existir. Tendo em conta o tema e os objectivos do estudo foram acrescentadas outras variáveis relacionadas com o ato de cuidar como: se existem outras pessoas dependentes e quantas são, no caso de existirem; as funções desempenhadas na instituição; os anos de serviço na instituição, ou noutra, com funções semelhantes; o número de horas por semana que trabalha; se o trabalho é realizado por turnos; se faltou ao serviço no último ano; e se pudesse, se mudaria de profissão (anexo 3).

2.3.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)

O WHOQOL-Bref é um instrumento que pretende medir a percepção de qualidade de vida geral e foi desenvolvido com o objetivo de criar uma versão abreviada do WHOQOL-100 que apresentasse características psicométricas igualmente

satisfatórias. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 itens, dois de carácter geral relacionados com a percepção geral de qualidade de vida e de saúde e 24 que representam as 24 facetas do instrumento original. As perguntas encontram-se organizadas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. (Serra *et al.*, 2006). Os itens são respondidos através de uma escala de Likert de 5 pontos, que para as duas perguntas de carácter geral são respondidos de “Muito Má” a “Muito Boa”, e para as restantes perguntas são respondidos de “Nada” a “Muitíssimo”. No questionário é pedido à pessoa que se concentre nas últimas duas semanas para as perguntas de carácter específico.

A amostra utilizada para os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref na população portuguesa foi constituída por 604 indivíduos, 315 dos quais faziam parte do grupo de controlo, ou seja saudáveis e 289 faziam parte do grupo clínico. (Serra *et al.*, 2006)

Os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref demonstraram que ao nível da consistência interna, o instrumento apresentou bons índices tanto para os domínios como para o conjunto das 26 perguntas, sendo o menor valor apresentado no domínio das relações sociais (.64). Para avaliar a estabilidade temporal do instrumento, os autores realizaram um teste e um re-teste com 3 a 5 semanas de intervalo temporal, e verificaram que não existiam diferenças significativas a nível estatístico para os domínios, demonstrando uma boa estabilidade temporal. Ainda ao nível da estabilidade temporal os autores verificaram as correlações de Pearson entre os valores obtidos em cada domínio para o teste e o re-teste e os resultados indicaram também uma boa estabilidade temporal do instrumento. No que se refere à validade discriminante do instrumento, os autores verificaram que o WHOQOL-Bref apresenta um bom poder discriminativo entre o grupo de controlo e o grupo clínico, já que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas. Por ultimo, ao nível da validade de constructo, os autores verificaram que as correlações entre os domínios são todas estatisticamente significativas, variando o coeficiente encontrado entre os domínios *Relações Sociais* e *Ambiente* ($r=.50$) e o coeficiente encontrado entre *Psicológico* e *Ambiente* ($r=.57$). Da mesma forma, todos os domínios apresentaram correlações elevadas e estatisticamente significativas com a faceta geral de qualidade de vida, variando entre .44 e .72. (Serra *et al.*, 2006)

2.3.4. Inventário Breve de Sintomas (BSI)

O BSI é um instrumento que pretende avaliar os sintomas psicopatológicos, com aplicação a partir dos 13 anos de idade. (Canavarro, 1999, 2007) Os sintomas neste inventário encontram-se divididos em nove dimensões e são considerados três índices globais que são avaliações sumárias de perturbação emocional. As dimensões são as seguintes: somatização, que se refere às queixas somáticas; obsessões-compulsões, que inclui sintomas identificados no síndrome obsessivo-compulsivo, como os impulsos e os comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, assim como os comportamentos de dificuldade cognitiva mais geral; sensibilidade interpessoal, que se centra nos sentimentos de inadequação pessoal quando a pessoa se compara com as outras pessoas, como por exemplo autodepreciação; depressão, que se refere aos indicadores presentes na depressão clínica, como o humor disfórico ou a falta de motivação de interesse pela vida; ansiedade, que inclui indicadores gerais, como a tensão, e indicadores cognitivos, como os correlatos somáticos, presentes na ansiedade generalizada ou nos ataques de pânico; hostilidade, que inclui pensamentos, comportamentos e emoções característicos do estado afectivo negativo da cólera; ansiedade fóbica, que inclui as manifestações do comportamento fóbico mais disruptivas, presentes na resposta a um medo persistente que é irracional e desproporcionado face a um estímulo; ideação paranóide, que se refere a um modo perturbado de funcionamento cognitivo, que inclui por exemplo hostilidade, pensamento projetivo e suspeição; psicoticismo, que constitui uma dimensão contínua da experiência humana, com indicadores de isolamento e estilo de vida esquizoide, e sintomas primários de esquizofrenia. (Canavarro, 1999, 2007). Para além dos itens presentes em cada uma das dimensões aqui apresentadas, existem ainda 4 itens que são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), que se refere à intensidade de mal-estar experienciada; Índice de Sintomas Positivos (ISP), que representa a média da intensidade de todos os sintomas que são assinalados pelo indivíduo; Total de Sintomas Positivos (TSP), que mede a intensidade dos sintomas. (Canavarro, 2007) Os itens são respondidos através de uma escala de *Likert* que varia de “Nunca” (0) a “Muitíssimas” (4) e que indica o grau em que cada problema ou sintoma afectou a pessoa durante última semana.

A tradução e adaptação do BSI para a população portuguesa foi realizada pela primeira vez em 1999 por Cristina Canavarro. Em 2007, a autora realizou uma atualização dos estudos iniciais. Devido ao facto dos estudos realizados em 2007 serem os mais recentes, apenas serão apresentados estes. A amostra utilizada para os estudos psicométricos do BSI em 2007 na população portuguesa foi constituída por 551 indivíduos, 404 dos quais faziam parte da amostra 1 constituída por elementos da população geral, e 147 faziam parte da amostra 2 constituída por indivíduos perturbados emocionalmente. (Canavarro, 2007)

Os estudos psicométricos do BSI demonstraram que ao nível da consistência interna, o instrumento apresentou bons índices para cada item relacionado com a dimensão a que pertence (nunca menor que .20), sendo que os valores das correlações obtidas entre cada item e a nota global da dimensão a que o mesmo pertence variaram entre .29 e .79. Para avaliar a estabilidade temporal do instrumento, os autores realizaram duas aplicações com intervalo temporal entre as 3 e as 6 semanas. Foi concluído que o instrumento apresenta uma boa estabilidade temporal, com os valores obtidos das correlações de Pearson a variar entre .63 e .81. No que se refere à validade do constructo, a autora incluiu a análise da consistência interna no que se refere às correlações encontradas entre os itens e os índices globais, sendo que os valores variaram entre .45 e .79, provando-se uma boa validade de constructo para o BSI. Foi ainda realizada uma matriz de correlações de Spearman entre as nove dimensões e os índices globais, que se provaram todas estatisticamente significativas ($p < .001$). Por último, no que se refere à validade discriminante do instrumento, a autora verificou que o BSI apresenta um bom poder discriminativo entre os indivíduos que apresentam perturbações emocionais dos que não apresentam, já que as diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas. (Canavarro, 2007)

2.3.5. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

O QMLA é um instrumento que surgiu da adaptação e tradução do *Ways of Coping Questionnaire*, desenvolvido por Folkman e Lazarus. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001) O QMLA pretende identificar as estratégias de *coping* a que o indivíduo recorre perante uma situação avaliada como stressante. O questionário é constituído por 48 itens que estão organizados em 8 subescalas: *Coping* Confrontativo, que descreve os esforços agressivos realizados para alterar a situação; Distanciamento, que “descreve

os esforços cognitivos de despreendimento e minimização da situação” (Pais-Ribeiro & Santos, 2001, p.493); Autocontrolo, que descreve os esforços realizados pelo indivíduo para regular os seus sentimentos e as suas ações; Procura de suporte social, que inclui os esforços realizados pelo indivíduo de procura de suporte emocional, informativo e tangível; Aceitar a responsabilidade, que se refere aos esforços realizados no sentido de reconhecer o papel desempenhado pelo próprio no problema e a tentativa de recompor as coisas; Fuga-Evitamento, que se refere aos esforços comportamentais e cognitivos realizados para fugir e evitar o problema; Resolução planeada do problema, que inclui os esforços realizados que se focam no problema de forma deliberada e que têm como intenção alterar a situação; e Reavaliação positiva, que se refere aos esforços realizados para criar significados positivos, focados no crescimento pessoal. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001) Os itens são respondidos através de uma escala de *Likert*, que varia de “Nunca usei” (0) a “Usei muitas vezes” (3), e que se reporta às estratégias que foram utilizadas pelo indivíduo para lidar com uma situação de stress específica e determinada pelo indivíduo antes de responder ao questionário. Desta forma, é medido o que o indivíduo realmente fez ou pensou, num contexto específico. Por último as pontuações deste questionário são realizadas de duas formas: pontuações absolutas, que se refere em que medida cada tipo de *coping* foi utilizado pela pessoa numa situação em particular e que descreve os esforços de *coping* realizados pelo o indivíduo em cada escala; e as pontuações relativas, que descrevem a proporção do esforço representado por cada item. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001)

A amostra utilizada para o estudo de adaptação do QMLA para a população portuguesa foi constituída por 98 trabalhadoras por turnos, do sexo feminino.

Os estudos psicométricos do QMLA demonstraram que ao nível da consistência interna, o instrumento apresentou índices aceitáveis, sendo que o menor valor para o *Alpha de Cronbach* apresentado no domínio do *coping* confrontativo (.52), e o maior valor apresentado no domínio da reavaliação positiva (.83). No entanto, os autores consideraram a consistência interna do instrumento genericamente baixa, facto que ocorre no questionário original e que foi considerado como sendo um problema comum nas escalas de *coping*. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001) Relativamente às correlações encontradas entre as sub-escalas, os autores consideraram-nas

“modestas”, sendo a de menor valor a correlação encontrada entre as subescalas fuga-evitamento e distanciamento ($r=.04$), e a de maior valor entre as subescalas distanciamento e autocontrolo ($r=.65$). No que se refere à validade do discriminante para a maior parte dos itens era baixa, resultado que se encontra de acordo com o que foi encontrado pelos autores originais. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001)

2.3.6. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ZARIT)

O ZARIT é um instrumento que pretende medir o nível de sobrecarga experienciado pelo cuidador informal, avaliando a sobrecarga objectiva, que se encontra relacionada com as consequências diretas da natureza e da necessidade de cuidado, e a sobrecarga subjetiva, que se relaciona com a percepção que o cuidador tem acerca das consequências que decorrem do ato de cuidar. (Sequeira, 2010) A escala de sobrecarga do cuidador é constituída por 22 itens, que são respondidos através de uma escala de *Likert*, que varia de “Nunca” (0) a “Quase Sempre” (5). Os itens estão divididos em 4 factores que explicam 62% da variância total: Impacto da Prestação de Cuidados, que se refere à sobrecarga que está diretamente relacionada com a prestação de cuidados; Relação Interpessoal, que se refere à sobrecarga que está relacionada com a relação que o cuidador tem com a pessoa que recebe os cuidados; Expectativas com o Cuidar, que está relacionada com as expectativas que o cuidador tem acerca da prestação de cuidados; e Percepção de Autoeficácia, que se refere à opinião que o cuidador tem acerca do seu desempenho. Existe ainda um resultado total, que determina o nível de sobrecarga (sem sobrecarga, sobrecarga ligeira e sobrecarga intensa) e que pode variar de 22 a 110 pontos.

A amostra utilizada para os estudos psicométricos do ZARIT na população portuguesa foi constituída por 184 cuidadores de idosos com dependência física ou mental (Sequeira, 2007).

Os estudos psicométricos do ZARIT demonstraram uma boa consistência interna, que foi avaliada através do *Alpha de Cronbach* ($\alpha=0,93$), tanto para os factores como para a escala global, sendo o menor valor o factor “expectativas com o cuidar” ($\alpha=0,67$) e do maior valor o factor “impacto da prestação de cuidados” ($\alpha=0,93$). As correlações entre os factores e a escala global são todas estatisticamente significativas com valores a variar entre .20 e .96 ($p<0.01$) (Sequeira, 2010)

2.3.7. Inventário de *Burnout* de Copenhagen (COPENHAGEN)

O Inventário de *Burnout* de Copenhagen é um instrumento que pretende avaliar o *burnout* em trabalhadores e foi desenvolvido no âmbito de um projeto dinamarquês relacionado com a motivação e satisfação no trabalho. (Fonte, 2011) O COPENHAGEN é constituído por 19 itens que avaliam o *burnout* e que estão divididos em três subescalas: *Burnout* pessoal, relacionado com o grau de exaustão experienciado pela pessoa, a nível físico e psicológico; *burnout* relacionado com o trabalho, que se refere ao grau de cansaço físico e psicológico que é experienciado pela pessoa relativamente ao seu trabalho; e *burnout* relacionado com o utente, que se refere ao nível de fadiga física e mental que é experienciado pela pessoa relativamente ao trabalho específico com utentes, estando apenas presente em indivíduos que trabalham nos serviços humanos. Os itens são respondidos através de uma escala de Likert de 5 pontos, que se referem à frequência com que cada sentimento ocorre. Para as questões do *burnout* pessoal, as respostas variam entre “Nunca/quase nunca” (0) e “Sempre” (100). Para as questões do *burnout* relacionado com o trabalho e do *burnout* relacionado com o utente, as três primeiras respostas variam entre “Muito Pouco” (0) e “Muito” (100), e as últimas varia entre “Nunca/quase nunca” (0) e “Sempre” (100). (Fonte, 2011)

A amostra utilizada para a adaptação e validação do COPENGAHEN para a população portuguesa foi constituída por 228 enfermeiros, 171 dos quais eram do sexo feminino e 57 do sexo masculino. (Fonte, 2011)

Os estudos psicométricos do COPENHAGEN demonstraram que ao nível da consistência interna, as três escalas revelam-se bons índices de medida do *burnout*, sendo que os valores para o *Alpha de Cronbach* variam de .84 a .86. O instrumento apresenta uma boa homogeneidade. No que se refere à validade discriminante do instrumento, os autores verificaram que o COPENHAGEN apresenta uma boa validade discriminante, na medida em que os itens de cada escala se correlacionam significativamente ($p < 0.01$) com a escala a que pertencem de forma bastante alta.

2.4. Procedimento

O estudo ocorreu em duas fases. Na primeira, foi realizado um contacto inicial com os cuidadores formais e informais de idosos residentes na Penha de França com a finalidade de perceber a disponibilidade dos mesmos para o estudo. Na segunda, foram aplicados os questionários aos cuidadores que aceitaram participar no estudo e que assinaram o protocolo de consentimento informado. Os participantes foram divididos em dois grupos: Cuidadores Informais (Familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer) e Cuidadores Formais (profissional que assume formalmente uma prestação de cuidados).

O cuidador formal respondeu aos seguintes questionários já descritos na secção anterior:

- . Questionário sócio-demográfico do cuidador formal
- . WHOQOL-Bref ;
- . QMLA (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos)
- . BSI (Inventário Breve de Sintomas)
- . Inventário de *Burnout* de Copenhagen

O cuidador informal responde aos seguintes questionários, já descritos na secção anterior:

- . Questionário sócio-demográfico do cuidador informal
- . WHOQOL-Bref.
- . QMLA (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos)
- . BSI (Inventário Breve de Sintomas)
- . ZARIT (Escala de Sobrecarga do Cuidador)
- .

Os questionários foram aplicados presencialmente ou fornecidos num envelope e posteriormente recolhidos dependendo da disponibilidade do participante. Em ambos os casos foi fornecida uma explicação detalhada ao participante acerca do preenchimento dos mesmos.

A recolha dos dados procedeu-se em Junho, Julho e Agosto de 2014. Posteriormente os dados foram analisados através do SPSS 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*) de 2013.

2.5. Análise de Dados

Os dados foram analisados através do SPSS 22. Os dados omissos não foram considerados para análise, exceptuando os dados omissos nas respostas do QMLA que foram substituídos pela média das respostas do indivíduo para os itens da subescala a que pertenciam.

Relativamente às análises realizadas para comparações entre os grupos foram utilizados testes não paramétricos (Mann-Whitney), visto que a distribuição da amostra se provou não ser normal. Para verificar se a amostra apresentava ou não uma distribuição normal foram utilizados testes de normalidade do SPSS, onde foi verificado o valor obtido no teste de Shapiro-Wilk e verificado se o valor estatístico da assimetria e da curtose eram inferiores a duas vezes o desvio-padrão.

No que se refere às diferenças entre grupos relacionadas com os resultados sociodemográficos foram criados grupos de corte para as comparações.

Por último foram utilizados testes de correlações não paramétricos (Spearman) para verificar as correlações existentes entre estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos e perceção da qualidade de vida.

Os resultados obtidos a partir das respostas dos cuidadores aos questionários aqui referidos serão apresentados no capítulo seguinte, “Análise de Resultados”.

III. Análise de Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através das análises descritivas, correlacionais e inferenciais dos cuidadores formais e informais.

3.1. Caracterização sociodemográfica dos Cuidadores

De seguida são apresentados os resultados obtidos através dos questionários sociodemográficos dos cuidadores formais e informais. É importante referir que não foi possível obter todas as respostas relativas às diferentes variáveis para todos os cuidadores que integram o total da amostra, e consequentemente para as subamostras.

3.1.1. Cuidadores Formais

No total, a amostra dos cuidadores formais é constituída por 22 participantes. Os resultados do questionário sociodemográfico indicam que relativamente à variável “idade”, as idades estão compreendidas entre os 25 e os 61 anos ($M=43,91$; $DP=9,93$). No que se refere ao género, a amostra é constituída por: 3 participantes (13,6%) do sexo masculino e 19 (86,4%) do sexo feminino. Relativamente à existência de outros dependentes para além dos idosos, 18 têm filhos (81,8%), 4 não têm filhos (18,2%), sendo que o número de filhos varia entre 1 e 4 filhos. Relativamente ao número de filhos: 3 têm um filho (18,8%), 10 têm 2 filhos (62,5%), 2 têm três filhos (12,5%), e 1 tem quatro filhos (6,3%), sendo que duas das respostas não foram obtidas. Para além dos filhos não existem outros dependentes. No que se refere à categoria profissional a maior parte não são qualificados (81,8%). Relativamente às funções desempenhadas, 17 fornece cuidados diretos (77,3%), como por exemplo realizar apoio domiciliário ou fornecer cuidados relacionados com a higiene, e 5 fornece cuidados indiretos (22,7%), como por exemplo ser diretor técnico ou ser encarregada geral. No que se refere ao número de faltas no serviço, 19 nunca ou raramente faltaram (86,4%), 2 faltaram algumas vezes (9,1%) e 1 faltou bastantes vezes (4,5%). Por ultimo, relativamente à questão “Se pudesse, mudaria de profissão?”, 7 responderam que sim (33,3%) e 14 responderam que não (66,7%), sendo que não foi obtida uma das respostas.

3.1.2. Cuidadores Informais

No total a amostra dos cuidadores informais é constituída por 18 participantes. Os resultados do questionário sociodemográfico indicam que às idades dos 18 cuidadores informais que integraram o estudo estão compreendidas entre 35 e 85 anos ($M=56,61$; $DP=12,47$). No que se refere ao género, a amostra é constituída por: 8 participantes (44,4%) do sexo masculino e 10 participantes (55,6%) do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, 12 se encontram casados ou em união de facto (66,7%) e 6 estão separados, são solteiros ou viúvos (33,3%). No que se refere às habilitações literárias 8 têm estudos universitários (44,4%), 6 realizaram o secundário (33,3%) e 4 têm estudos entre o 1º e o 3º ciclo (22,2%). Relativamente à existência de outros dependentes, 11 não têm filhos a seu cargo (61,1%) e 7 têm filhos a seu cargo (38,9%), sendo que o número de filhos varia entre 1 (11,1%) e 2 (27,8%). Relativamente à questão “Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?”, 8 vivem na mesma casa, rua ou bairro (44,4%) e 10 vivem na mesma terra ou terras próximas (55,6%). No que se refere à questão “Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?”, 7 prestam cuidados há menos de 5 anos (38,9%), e 11 prestam cuidados há mais de 5 anos (61,1%). Em relação ao tipo de apoio fornecido pelo cuidador, 3 fornecem apoio do tipo instrumental (16,7%), e 15 fornecem apoio tanto do tipo instrumental como não instrumental (83,3%). Relativamente à questão “Em média, quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?”, 12 ocupa menos de oito horas (66,7%) e 6 ocupa mais de oito horas (33,3%). Em relação à questão “Mais alguém (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados?”, 7 responderam que não (38,9%) e 11 responderam que sim (61,1%), sendo que 5 têm que pagar por essa colaboração (27,8%) e 6 não (33,3%). No que se refere à questão “Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados?”, 14 responderam que não (77,8%) e 4 responderam que sim (22,2%), dos quais 3 prestam cuidados a mais uma pessoa (16,7%) e 1 presta cuidados a mais duas pessoas (5,6%)-

De seguida serão apresentados os resultados referentes às variáveis principais em estudo: qualidade de vida, nível de sobrecarga, sintomas psicopatológicos e estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais.

3.2. Avaliar a percepção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais

Neste segmento serão apresentados os resultados relativos às medidas de tendência central e de dispersão da qualidade de vida percebida, dos sintomas psicopatológicos, e das estratégias de *coping* utilizadas por todos os cuidadores. Serão também apresentados os resultados relativos às medidas de tendência central e de dispersão dos níveis de sobrecarga para os cuidadores formais e informais em separado, devido à existência de dois questionários distintos para avaliar esta variável nos cuidadores.

3.2.1 Avaliar a percepção de qualidade de vida, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais

Para avaliar a qualidade de vida percebida pelos cuidadores foi utilizado o WHOQOL-Bref. Os resultados de seguida apresentados referem-se aos obtidos através desse instrumento. É importante referir que não foi possível obter todas as respostas relativas às diferentes variáveis para todos os cuidadores que integram o total da amostra.

Relativamente à avaliação da percepção de qualidade de vida dos **cuidadores informais** deste estudo, a média é 66,91 (DP=13,93) para o domínio “geral”, que avalia a percepção de qualidade de vida em geral. O domínio que apresenta resultados mais baixos em termos de qualidade de vida, é o “Geral”, seguido do domínio “Relações sociais” com uma média de 68,63 (DP =19,89). O domínio que apresenta os resultados mais elevados é “Físico” com uma média de 76,26 (DP=16,22).

Relativamente à avaliação da percepção de qualidade de vida dos **cuidadores formais** deste estudo, a média é 67,05 (DP=18,72) para o domínio “geral”, que avalia a percepção de qualidade de vida em geral. O domínio que apresenta resultados mais baixos em termos de qualidade de vida, é o “Ambiente” com uma média de 63,92 (DP

=15,03). O domínio que apresenta os resultados mais elevados é “Físico” com uma média de 79,06 (DP=10,53).

Relativamente à avaliação da percepção de qualidade de vida da **totalidade dos cuidadores** deste estudo, a média é 66,69 (DP=16,59) para o domínio geral, que avalia a percepção de qualidade de vida em geral. O domínio que apresenta resultados mais baixos em termos de qualidade de vida, é o “Ambiente” com uma média de 66,75 (DP =13,31). O domínio que apresenta os resultados mais elevados é “Físico” com uma média de 77,84 (DP=13,19). Desta forma, o domínio que os cuidadores percebem menores níveis de qualidade de vida é o “Ambiente”, seguido das “Relações sociais” e do “Psicológico”.

Para avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores foi utilizado o QMLA. Os resultados de seguida apresentados referem-se aos obtidos através desse instrumento.

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelos **cuidadores informais**, pode-se afirmar que a mais utilizada foi a “resolução planeada do problema” com uma média de 1,75 (DP=0,56), seguida da “procura de suporte social” com uma média de 1,61 (DP=0,76). A estratégia de *coping* menos utilizadas foi a “fuga/evitamento”, com uma média de 0,84 (DP=0,57), seguida do “distanciamento”, com uma média de 1,11 (DP=0,56).

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelos **cuidadores formais**, pode-se afirmar que a mais utilizada foi a “resolução planeada do problema” com uma média de 1,83 (DP=0,79), seguida da “procura de suporte social” com uma média de 1,82 (DP=0,84). A estratégia de *coping* menos utilizadas foi a “fuga/evitamento”, com uma média de 0,69 (DP=0,56), seguida do “distanciamento”, com uma média de 1,05 (DP=0,69).

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pela **totalidade dos cuidadores**, pode-se afirmar que a mais utilizada foi a “resolução planeada do problema” com uma média de 1,79 (DP=0,69), seguida da “procura de suporte social” com uma média de 1,73 (DP=0,80). A estratégia de *coping* menos utilizadas foi a “fuga/evitamento”, com uma média de 0,75 (DP=0,56), seguida do “distanciamento”, com uma média de 1,08 (DP=0,63).

Os resultados das medidas de tendência central e de dispersão do WHOQOL-Bref e do QMLA encontram-se nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das pontuações relativas do QMLA para os cuidadores informais e formais

	AC		SS		FE		RPP		RP		AR		CC		D	
	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF
N	17	22	17	22	17	22	17	22	17	22	17	22	17	22	17	22
Média	1,49	1,45	1,61	1,82	0,84	0,69	1,75	1,83	1,35	1,73	1,51	1,48	1,12	1,30	1,11	1,05
DP	0,50	0,65	0,76	0,84	0,57	0,56	0,56	0,79	0,66	0,77	0,52	0,83	0,36	0,70	0,56	0,69
Mediana	1,43	1,57	1,67	2,00	0,86	0,50	1,83	2,17	1,29	1,71	1,50	1,63	1,17	1,17	1,00	1,00

CI – Cuidadores Informais; CF – Cuidadores Formais; AC – Autocontrole; SS – Procura de Suporte Social; FE – Fuga/Evitamento; RPP – Resolução Planeada do Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; CC – *Coping* Confrontativo; D – Distanciamento

Quadro 2. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do WHOQOL-Bref para os cuidadores formais e informais

	G		F		P		RS		A	
	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF
N	17	22	17	22	17	22	17	22	17	22
Média	66,91	67,05	76,26	79,06	69,61	75,57	68,63	71,59	70,40	63,92
DP	13,93	18,72	16,22	10,53	17,60	14,62	19,89	17,19	9,95	15,03
Mediana	62,50	62,50	82,14	80,36	70,83	75,00	66,67	75,00	71,88	64,06

CI – Cuidadores Informais; CF – Cuidadores Formais; G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente

Quadro 3. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do WHOQOL-Bref e QMLA para o total dos cuidadores

	W G	W F	W P	W RS	W A	QMLA AC	QMLA SS	QMLA FE	QMLA RPP	QMLA RP	QMLA AR	QMLA CC	QMLA D
N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Média	66,99	77,84	72,97	70,30	66,75	1,47	1,73	0,75	1,79	1,56	1,49	1,22	1,08
DP	16,59	13,19	16,05	18,22	13,31	0,58	0,80	0,56	0,69	0,74	0,71	0,57	0,63
Mediana	62,50	82,14	75,00	75,00	68,75	1,43	1,43	0,57	2,00	1,57	1,50	1,17	1,00
Mínimo	37,50	35,71	41,67	25,00	37,50	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	100	100	100	100	93,75	3,00	3,00	2,43	3,00	3,00	3,00	2,50	2,60

W – WHOQOL –Bref; G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; AC – Autocontrolo; SS – Procura de Suporte Social; FE – Fuga/Evitamento; RPP – Resolução Planeada do Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; CC – *Coping* Confrontativo; D – Distanciamento

Para avaliar os sintomas psicopatológicos, assim como a intensidade de mal-estar experienciada pelos cuidadores foi utilizado o BSI. Os resultados de seguida apresentados referem-se aos obtidos através desse instrumento.

No que se refere à presença de sintomas psicopatológicos nos **cuidadores informais**, as escalas gerais apresentaram os seguintes resultados: o Índice Geral de Sintomas apresentou uma média de 0,74 (DP=0,51), o Índice de Sintomas Positivos apresentou uma média de 1,55 (DP=0,56) e o Total de Sintomas Positivos apresentou uma média de 24,44 (DP=12,04). Relativamente às subescalas, a “obsessão-compulsão” foi a mais pontuada, com uma média de 1,07 (DP=0,78) e a “ansiedade fóbica” foi a menos pontuada com uma média de 0,39 (DP=0,32).

No que se refere à presença de sintomas psicopatológicos nos **cuidadores formais**, as escalas gerais apresentaram os seguintes resultados: o Índice Geral de Sintomas apresentou uma média de 0,73 (DP=0,44), o Índice de Sintomas Positivos apresentou uma média de 1,60 (DP=0,58) e o Total de Sintomas Positivos apresentou uma média de 23,55 (DP=14,05). Relativamente às subescalas, a “ideação paranóide” foi a mais pontuada, com uma média de 1,42 (DP=0,78) e a “ansiedade fóbica” foi a menos pontuada com uma média de 0,28 (DP=0,35)

No que se refere à presença de sintomas psicopatológicos na **totalidade dos cuidadores**, as escalas gerais apresentaram os seguintes resultados: o Índice Geral de Sintomas apresentou uma média de 0,74 (DP=0,46), o Índice de Sintomas Positivos apresentou uma média de 1,58 (DP=0,56) e o Total de Sintomas Positivos apresentou uma média de 23,05 (DP=13,03). Relativamente às subescalas, a “ideação paranóide” foi a mais pontuada, com uma média de 1,21 (DP=0,79) e a “ansiedade fóbica” foi a menos pontuada com uma média de 0,33 (DP=0,33)

Os resultados das medidas de tendência central e de dispersão do BSI encontram-se nos quadros 4 e 5.

Quadro 4. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do BSI para os cuidadores formais e informais

	SOM		OC		SI		DEP		ANS		HOST		AF		IP		PSIC		IGS		ISP		TSP	
	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF
N	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22	18	22
Média	0,50	0,66	1,07	0,96	0,64	0,69	0,85	0,68	0,81	0,67	0,83	0,75	0,39	0,28	0,94	1,42	0,51	0,45	0,74	0,73	1,55	1,60	22,44	23,55
DP	0,42	0,68	0,78	0,68	0,69	0,55	0,74	0,58	0,61	0,53	0,70	0,46	0,32	0,35	0,74	0,78	0,58	0,47	0,51	0,44	0,56	0,58	12,04	14,05
Mediana	0,50	0,43	1,00	0,83	0,50	0,75	0,58	0,57	0,67	0,50	0,60	0,70	0,40	0,10	0,70	1,40	0,30	0,30	0,71	0,67	1,67	1,57	23,00	22,55

SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI –Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP –Ideação Paranóide; PSIC – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

Quadro 5. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do BSI para o total dos cuidadores

	SOM		OC		SI		DEP		ANS		HOST		AF		IP		PSIC		IGS		ISP		TSP	
N	40		40		40		40		40		40		40		40		40		40		40		40	
Média	0,59		1,01		0,67		0,76		0,73		0,79		0,33		1,21		0,48		0,74		1,58		23,05	
DP	0,58		0,72		0,61		0,64		0,57		0,57		0,33		0,79		0,51		0,46		0,56		13,03	
Mediana	0,43		0,92		0,50		0,58		0,58		0,60		0,30		1,20		0,30		0,67		1,59		23	
Mínimo	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
Máximo	2,00		2,50		2,25		2,33		2,33		2,40		1,00		3,00		1,80		1,87		3,00		46	

SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI –Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP –Ideação Paranóide; PSIC – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivo

3.2.2 Avaliar o nível de sobrecarga nos cuidadores informais

Para avaliar o nível de sobrecarga experienciado pelos cuidadores informais foi utilizado o ZARIT. Os resultados de seguida apresentados referem-se aos obtidos através desse instrumento.

O nível de sobrecarga geral experienciado pelos cuidadores informais apresenta uma média de 50,33 (DP=12,11), o que indica um nível de sobrecarga ligeira. No que se refere aos domínios, a “perceção de autoeficácia” é a que apresenta o nível mais baixo de sobrecarga com uma média de 4,17 (DP=1,65), e o “impacto da prestação de cuidados” é o que apresenta o nível mais elevado com uma média de 22,83 (DP=8,14).

Os resultados das medidas de tendência central e de dispersão do ZARIT encontram-se no quadro 6.

Quadro 6. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do ZARIT

	IPC	RI	EC	PA	ET
N	18	18	18	18	18
Média	22,83	9,83	13,50	4,17	50,33
DP	8,14	3,55	2,96	1,65	12,11
Mediana	24	10	13	4	52
Mínimo	11	5	9	2	30
Máximo	37	15	18	7	70

IPC – Impacto da Prestação de Cuidados; RI – Relação Interpessoal; EC – Expectativas com o Cuidar; PA – Perceção de Autoeficácia; ET – Escala Total

3.2.3 Avaliar o nível de *burnout* nos cuidadores formais

Para avaliar o nível de *burnout* experienciado pelos cuidadores informais foi utilizado o COPENHAGEN. Os resultados de seguida apresentados referem-se aos obtidos através desse instrumento.

O nível de *burnout* pessoal experienciado pelos cuidadores formais apresenta uma média de 37,84 (DP=14,13). O nível *burnout* relacionado com o trabalho apresenta uma média de 30,35 (DP=13,03). Por ultimo, a média do nível de *burnout* relacionado com o utente é 21,78 (DP=13,67). Desta forma conclui-se que os níveis maiores de

burnout experienciados pelos cuidadores formais desta amostra foram na subescala “*burnout* pessoal”.

Os resultados das medidas de tendência central e de dispersão do COPENHAGEN encontram-se no quadro 7.

Quadro 7. Medidas de Tendência Central e de Dispersão do COPENHAGEN

	BP	BT	BU
N	22	22	22
Média	37,84	30,35	21,78
DP	14,13	13,03	13,67
Mediana	37,5	32,14	16,67
Mínimo	8,33	3,57	0
Máximo	62,5	46,43	54,17

BP – *Burnout* Pessoal; BT – *Burnout* relacionado com o trabalho; BU – *Burnout* relacionado com o utente

De seguida irão ser apresentados os resultados relativamente às comparações entre grupos nos níveis de qualidade de vida e de sobrecarga, obtidos através de métodos inferenciais.

3.3. Comparar as perspetivas de qualidade de vida e as estratégias de *coping* dos cuidadores formais e informais

Os resultados relativamente às diferenças existentes nas perceções de qualidade de vida, entre cuidadores informais e formais, demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos, em todos os domínios do WHOQOL-Bref. O mesmo ocorreu para as diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas e para os sintomas psicopatológicos entre os dois grupos de cuidadores, que se provaram não ser estatisticamente significativas para todas as subescalas do QMLA e todas as subescalas e os índices gerais do BSI.

De seguida são apresentados os resultados relativamente às relações encontradas entre as estratégias de *coping*, o nível de sobrecarga e os sintomas psicopatológicos

com a percepção de qualidade de vida dos cuidadores formais e informais, assim como para a totalidade dos cuidadores, encontradas a partir das estatísticas correlacionais.

3.4. Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspetiva de qualidade de vida

Em relação às relações entre as experiências de sobrecarga e a percepção de qualidade de vida apenas foram encontradas correlações estatisticamente significativas para os **cuidadores formais** (anexo 4). Neste sentido, foram encontradas as seguintes correlações significativas negativas e moderadas: entre o domínio “geral” do WHOQOL-Bref e a dimensão “*burnout* pessoal” do COPENHAGEN ($\rho = -0,45$; $p < 0,05$); entre o domínio “físico” e o “*burnout* relacionado com o utente” ($\rho = -0,43$; $p < 0,05$); entre o domínio “psicológico” e o “*burnout* relacionado com o trabalho” ($\rho = -0,50$; $p < 0,05$); e entre o domínio “ambiente” e o “*burnout* pessoal” ($\rho = -0,54$; $p < 0,05$), e o “*burnout* relacionado com o trabalho” ($\rho = -0,44$; $p < 0,05$).

Em relação às relações entre os sintomas psicopatológicos e a percepção de qualidade de vida foram encontradas correlações estatisticamente significativas para os **cuidadores informais** (anexo 5). Em relação aos domínios do WHOQOL-Bref e os índices gerais do BSI foram encontradas as seguintes correlações nos cuidadores informais: negativas e fortes entre o domínio “físico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,60$; $p < 0,05$) e o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,73$; $p < 0,01$); negativas e fortes entre o domínio “psicológico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,60$; $p < 0,05$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,61$; $p < 0,01$); negativas e moderadas entre o domínio “relações sociais” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,55$; $p < 0,05$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,50$; $p < 0,05$); e negativas e moderadas entre o domínio “ambiente” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,49$; $p < 0,05$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,53$; $p < 0,05$).

No que se refere às relações entre os sintomas psicopatológicos e a percepção de qualidade de vida foram encontradas correlações estatisticamente significativas para

os **cuidadores formais** (anexo 6). Todas as correlações encontradas neste âmbito foram negativas, existindo correlações moderadas e fortes. Em relação aos domínios do WHOQOL-Bref e os índices gerais do BSI foram encontradas as seguintes correlações nos cuidadores formais: moderadas entre o domínio “geral” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,54$; $p < 0,01$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,53$; $p < 0,05$); moderadas entre o domínio “físico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,55$; $p < 0,01$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,50$; $p < 0,05$); moderadas entre o domínio “psicológico” e o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,51$; $p < 0,05$) e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,51$; $p < 0,05$); forte entre o domínio “psicológico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,67$; $p < 0,01$); e moderadas entre o domínio “ambiente” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,47$; $p < 0,05$).

Relativamente às relações entre os sintomas psicopatológicos e a perceção de qualidade de vida foram encontradas correlações estatisticamente significativas para a **totalidade dos cuidadores**. Todas as correlações encontradas neste âmbito foram negativas, existindo correlações fracas, moderadas e fortes (quadro 8). Em relação aos domínios do WHOQOL-Bref e os índices gerais do BSI foram encontradas as seguintes correlações: moderadas entre o domínio “geral” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,40$; $p < 0,05$), e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,43$; $p < 0,01$); moderadas entre o domínio “físico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,55$; $p < 0,01$), o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,48$; $p < 0,01$), e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$); moderadas entre o domínio “psicológico” e o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$), o total de sintomas positivos ($\rho = -0,54$; $p < 0,01$); forte entre o domínio “psicológico” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,62$; $p < 0,01$); moderadas entre o domínio “relações sociais” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,53$; $p < 0,01$), o total de sintomas positivos ($\rho = -0,46$; $p < 0,01$), e o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,47$; $p < 0,01$); fraca entre o domínio “ambiente” e o índice de sintomas positivos ($\rho = -0,33$; $p < 0,05$); moderadas entre o domínio “ambiente” e o índice geral de sintomas ($\rho = -0,46$; $p < 0,01$), e o total de sintomas positivos ($\rho = -0,45$; $p < 0,01$).

Relativamente às relações entre as estratégias de *coping* e a perceção de qualidade de vida foram encontradas correlações estatisticamente significativas para os

cuidadores informais (anexo 7), negativas e moderadas, entre o domínio “geral” do WHOQOL-Bref subescala “autocontrolo” do QMLA ($\rho = -0,51$; $p < 0,05$).

No que se refere às relações entre as estratégias de *coping* e a percepção de qualidade de vida não foram encontradas correlações estatisticamente significativas para os **cuidadores formais** (anexo 7).

Por último, foi encontrada uma correlação fraca e negativa entre as estratégias de *coping* e a perspectiva de qualidade de vida apenas entre o domínio “geral” e a escala de pontuações absolutas e relativas “distanciamento” ($\rho = -0,37$; $p < 0,01$) para a **totalidade dos cuidadores** (anexo 8).

Quadro 8. Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as escalas do BSI para o total dos cuidadores

	BSI	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	AF	IP	PSIC	IGS	ISP	TSP
WHOQOL-Bref													
G		-0,37*	-0,38*	-0,40*	-0,45**	-0,45**	-0,24	-0,36*	-0,12	-0,32*	-0,40*	-0,18	-0,43**
F			-0,48**	-0,41**	-0,36*	-0,49**	-0,53**	-0,30	-0,56**	-0,40*	-0,49**	-0,55**	-0,48**
P				-0,29	-0,56**	-0,57**	-0,63**	-0,66**	-0,45**	-0,48**	-0,27	-0,56**	-0,62**
RS					-0,24	-0,42**	-0,46**	-0,52**	-0,61**	-0,43**	-0,46**	-0,29	-0,45**
A						-0,24	-0,42**	-0,46**	-0,52**	-0,61**	-0,43**	-0,46**	-0,29

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI – Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP – Ideação Paranóide; PSIC – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

3.5. Análises exploratórias realizadas no âmbito das diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos e relativamente ao nível de sobrecarga

Neste segmento serão apresentados os resultados obtidos de estatísticas inferenciais das comparações entre subgrupos dos cuidadores formais e informais. Os subgrupos foram definidos com base nos dados sociodemográficos e no nível de sobrecarga.

3.5.1. Diferenças entre subgrupos definidos a partir de dados demográficos

Neste segmento serão apresentados os resultados obtidos da análise das comparações entre subgrupos, que foram definidos com base nos dados sociodemográficos.

3.5.1.1. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos

Para a realização de comparações, dentro do grupo dos cuidadores formais, foram definidos os seguintes subgrupos a partir dos dados sociodemográficos: ter idade “menor ou igual a 45 anos” ou idade “maior que 45 anos”; estado civil “casado/união de facto” ou estado civil “solteiro/divorciado/viúvo”; categoria profissional, ser “qualificado” ou “não qualificado”; funções que desempenha, serem “funções de ação direta” ou “indireta”; anos que se encontra a trabalhar na instituição ou numa profissão semelhante, “até 10 anos” ou “mais de 10 anos”; número de horas de trabalho, “entre 18 e 35 horas” e “mais de 35 horas”; trabalhar ou não por turnos e na questão “Se pudesse, mudaria de profissão?”, entre “sim” e “não”.

Relativamente ao número de horas de trabalho foram encontradas diferenças nas subescalas “obsessão-compulsão” ($\mu=24$; $p<0,05$), “depressão” ($\mu=19$; $p<0,05$) e “hostilidade” ($\mu=22,5$; $p<0,05$) do BSI, nas quais o grupo que trabalha entre 18 horas e 35 horas por semana apresentou mais sintomas psicopatológicos relacionados com as escalas referidas. No que se refere à categoria profissional foram encontradas diferenças na subescala “*burnout* relacionado com o trabalho” ($\mu=8,5$; $p<0,05$), nas quais o grupo qualificado apresentou maiores níveis de *burnout* na subescala referida. Por ultimo, relativamente à questão “Se pudesse, mudaria de profissão?”, as pessoas

que responderam que sim apresentaram níveis mais elevados de *burnout* na subescala “*burnout* pessoal” ($\mu=18$; $p<0,05$) do COPENHAGEN. Para os restantes grupos de corte não foram obtidas diferenças significativas nas comparações realizadas para os valores obtidos do WHOQOL-Bref, do BSI, do QMLA e do COPENHAGEN.

3.5.1.2. Comparar, dentro do grupo de cuidadores informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos

Para a realização de comparações, dentro do grupo dos cuidadores informais, foram definidos os seguintes subgrupos a partir dos dados sociodemográficos: ter idade “inferior ou igual a 55 anos” e “mais de 55 anos”; estado civil “casado/união de facto” ou estado civil “solteiro/divorciado/viúvo”; habilitações literárias, ter entre o “1º e o 3º ciclo” ou ter “estudos universitários”; situação na profissão em “trabalhar a tempo inteiro” ou “trabalhar a tempo parcial”; distância física entre o cuidador e a pessoa a quem presta cuidados, “viver na mesma casa, rua ou bairro” ou “viver na mesma terra ou em terras próximas”; na questão “Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?”, “menos de 5 anos” ou “mais de 5 anos”; no tipo de apoio fornecido pelo cuidador, “instrumental” ou “não instrumental e instrumental”; e no número de horas ocupadas por semana pelo ato de cuidar, “menos de 8 horas” ou “mais de 8 horas”; e na existência de outra pessoa ou não a ajudar na prestação de cuidados, “sim” ou “não”.

No que se refere à idade, foram encontradas diferenças na subescala “relação interpessoal” do ZARIT ($\mu=11,5$; $p<0,05$), na qual o grupo que tem idade igual ou inferior ou igual a 55 anos apresentou maior nível de sobrecarga na relação que tem com a pessoa que recebe os cuidados. Em relação às habilitações literárias foram encontradas diferenças no domínio “físico” do WHOQOL-Bref, ($\mu=22,5$; $p<0,05$) no qual o grupo com estudos universitários apresentou uma perceção de qualidade de vida melhor no domínio referido, e na subescala “ideação paranoide” do BSI ($\mu=3,5$; $p<0,05$), na qual o grupo com estudos entre o 1º e o 3º ciclo apresentou mais sintomas psicopatológicos na subescala referida. No que se refere à situação na profissão, os cuidadores que trabalham a tempo inteiro apresentam maiores níveis de sobrecarga relacionada com a relação ($\mu=14,5$; $p<0,05$) que o cuidador tem com a pessoa que recebe cuidados (subescala “relação interpessoal”). Em relação à distancia física entre o cuidador e a pessoa que recebe cuidados foram encontradas diferenças significativas

no domínio “geral” do WHOQOL-Bref ($\mu=59$; $p<0,05$) e na subescala “percepção de autoeficácia” do ZARIT ($\mu=67$; $p<0,05$), nas quais os cuidadores que viviam na mesma terra ou em terras próximas apresentaram maiores níveis de sobrecarga relativamente à “percepção de autoeficácia” e uma percepção da qualidade de vida superior. Relativamente ao tipo de apoio fornecido pelo cuidador foram encontradas diferenças significativas no domínio “psicológico” do WHOQOL-Bref, ($\mu=4$; $p<0,05$) no qual os cuidadores que realizavam apenas tarefas do tipo instrumental apresentaram uma percepção de qualidade de vida melhor no domínio referido. No que se refere ao número de horas ocupado pelo ato de cuidar foram encontradas diferenças significativas no domínio “psicológico” do WHOQOL-Bref ($\mu=11,5$; $p<0,05$), no qual os cuidadores que ocupavam menos de 8 horas com o ato de cuidar apresentaram uma percepção de qualidade de vida superior.

Para os restantes grupos de corte não foram obtidas diferenças significativas nas comparações realizadas para os valores obtidos do WHOQOL-Bref, do BSI, do QMLA e do ZARIT.

3.5.2. Diferenças entre grupos com níveis de sobrecarga distintos no que se refere aos resultados obtidos do WHOQOL-BREF, DO BSI E DO QMLA

Para a realização de comparações entre grupos a partir dos dados do ZARIT dos cuidadores informais foram estabelecidos os seguintes grupos de corte: sem sobrecarga, quando o valor obtido na escala total era inferior a 46 (grupo 1); sobrecarga ligeira, quando o valor obtido na escala total variava entre 46 e 56 (grupo 2); e sobrecarga intensa quando os valores obtidos na escala total eram superiores a 56 (grupo 3). Para a realização de comparações entre grupos a partir dos dados do COPENHAGEN dos cuidadores formais foram estabelecidos os seguintes grupos de corte: abaixo da mediana (grupo 1) e acima da mediana (grupo 2) para cada subescala (quadro 7).

Em relação às diferenças entre grupos relacionadas com o nível de sobrecarga, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos cuidadores formais, que serão de seguida apresentadas.

Relativamente à subescala “*burnout* pessoal” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “obsessão-compulsão” ($\mu=90,5$; $p<0,05$), “sensibilidade interpessoal” ($\mu=92$; $p<0,05$), “ansiedade” ($\mu=90$; $p<0,05$), e no índices globais “índice geral de sintomas” ($\mu=88,5$; $p<0,05$) e “total de sintomas positivos” ($\mu=98$; $p<0,05$) do BSI. Os resultados indicaram que os cuidadores que pontuaram acima da mediana (37,5) apresentaram mais sintomas psicopatológicos nas subescalas referidas, maior intensidade de mal-estar experienciada e um maior numero de sintomas no total do questionário. Ainda no que se refere ao “*burnout* pessoal” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações relativas e absolutas da subescala “distanciamento” do QMLA ($\mu=91,5$; $p<0,05$). Desta forma, os cuidadores que pontuaram acima da mediana (37,5) utilizou mais estratégias de *coping* de “distanciamento” do que os cuidadores que pontuaram abaixo da mediana. Relativamente à subescala “*burnout* relacionado com o trabalho” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “obsessão-compulsão” ($\mu=98$; $p<0,05$), “sensibilidade interpessoal” ($\mu=98,5$; $p<0,05$), “depressão” ($\mu=96,5$; $p<0,05$) e “ansiedade” ($\mu=98$; $p<0,05$), e nos índices globais “índice geral de sintomas positivos” ($\mu=93,5$; $p<0,05$) e “total de sintomas positivos” ($\mu=97$; $p<0,05$) do BSI. Os resultados indicaram que os cuidadores que pontuaram acima da mediana (32,14) apresentaram mais sintomas psicopatológicos nas subescalas referidas, maior intensidade de mal-estar experienciada e um maior numero de sintomas no total do questionário. Para os restantes grupos de corte não foram obtidas diferenças significativas nas comparações realizadas para os valores obtidos do WHOQOL-Bref, do BSI e do QMLA.

IV. Discussão

Os objectivos deste estudo centraram-se na avaliação das variáveis estratégias de *coping*, nível de sobrecarga, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida percebida. Foram também avaliadas as variáveis referidas para os cuidadores formais, para os informais e para a totalidade dos cuidadores, assim como realizadas comparações entre os grupos de cuidadores. Para além do referido, foram verificadas as relações entre as variáveis estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos, níveis de sobrecarga e a variável qualidade de vida percebida. Por ultimo, foram realizadas comparações dentro do grupo de cuidadores formais e do grupo de cuidadores informais a partir da verificação de diferenças entre grupos realizados com base nos dados sociodemográficos e com base nos níveis de sobrecarga.

Os resultados principais desta investigação indicam que percepção da qualidade de vida nos cuidadores formais e informais de idosos se encontra relacionada com o nível de sobrecarga experienciado, com os sintomas psicopatológicos e com as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos. De seguida é realizada uma discussão dos resultados a partir dos objectivos definidos e apresentados no capítulo I.

4.1. Avaliar a percepção de qualidade de vida, o nível de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas nos cuidadores formais e informais de idosos (Objetivo 1)

Quando se avalia a **percepção de qualidade de vida** (QDV) no geral dos cuidadores verificamos que, em média, esta é percebida pelos mesmos como sendo relativamente boa. Ao avaliar os níveis de sobrecarga nos **cuidadores informais** verifica-se a presença de sobrecarga ligeira, o que se encontra de acordo com outros estudos realizados (por exemplo, Sequeira, 2013). A **percepção de autoeficácia** foi a subescala que apresentou **níveis de sobrecarga** mais baixos, o que pode estar relacionado com o facto de mais de metade da amostra (61,1%) prestar cuidados há mais de cinco anos e por tanto, ter adquirido as competências necessárias para a prestação de cuidados. O **impacto da prestação de cuidados** foi a subescala que apresentou o maior **nível de sobrecarga**, estando relacionada com alterações no

estado de saúde, com o elevado número cuidados, assim como com a escassez de tempo e com o desgaste físico e mental. Este resultado encontra-se de acordo com outros estudos realizados, assim como com as teorias relacionadas com a sobrecarga experienciada pelos os cuidadores, devido às exigências do papel. (Sequeira, 2013; Zarit & Edwards, 2008) Para além disto, o facto da média de idades dos idosos ser aproximadamente 81 anos, pode contribuir para as necessidades e as exigências do tipo de cuidados que são necessários, aumentando o nível de sobrecarga. Quando se avalia os **níveis de burnout** nos cuidadores formais, verifica-se que em média os cuidadores experienciaram raramente ou quase nunca as três formas avaliadas (*burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utente). Estes resultados podem dever-se parcialmente ao facto dos cuidadores formais terem respondido aos questionários numa altura de férias do trabalho (meses do Verão), diminuindo o nível de *burnout* sentido. Ao avaliar os **sintomas psicopatológicos** verifica-se que, em média, os cuidadores não apresentam níveis clínicos dos mesmos, ou seja, são apenas experienciados um número de sintomas e uma intensidade de mal estar considerado normal na população portuguesa. (Canavarro, 2007). No entanto, é relevante verificar a presença de valores mais elevados nas escalas **obsessão-compulsão, hostilidade, depressão e ansiedade**. Estudos anteriores verificaram também a presença de sintomas depressivos em cuidadores (Pinquart & Sörensen, 2003). A presença de valores mais elevados nos sintomas relacionados com a hostilidade pode ainda dificultar a adaptação ao papel de cuidador (Melo *et al.*, 2011), o que pode estar relacionado com a presença dos sintomas referidos. Por ultimo, quando se avalia as **estratégias de coping** mais utilizadas (**resolução planeada do problema e procura de suporte social**) verifica-se que os cuidadores pensam nos problemas que vão surgindo de forma deliberada e têm a intenção de os alterarem, assim como procuram apoio social a vários níveis, demonstrando a utilização de estratégias mais adaptativas, o que pode funcionar como factor protetor do nível de sobrecarga experienciado (Mattei *et al.*, 2008).

4.2. Comparar as perspetivas de qualidade de vida, as estratégias de coping e os sintomas psicopatológicos dos cuidadores formais e informais (Objetivo 2, 3 e 4)

Quando se compara os grupos de cuidadores nas perspetivas de QDV, nas estratégias de *coping* utilizadas e nos sintomas psicopatológicos verifica-se que não

existem diferenças significativas entre os dois grupos. Estes resultados podem estar relacionados com o facto das amostras para os dois grupos serem relativamente pequenas, sendo interessante que possam ser estudados em investigações futuras.

4.3. Verificar em que medida as experiências de sobrecarga, os sintomas psicopatológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais e informais de pessoas da terceira idade se encontra relacionada à sua perspetiva de qualidade de vida (Objetivo 5)

As relações entre QDV e *burnout* nos **cuidadores formais** demonstram que quanto maiores eram os níveis de *burnout* pessoal, menor era o nível de qualidade de vida no domínio geral e ambiente percebido pelo cuidador. Para além disso quanto maior o nível de *burnout* relacionado com o trabalho, menor era o nível de qualidade de vida percebido, a nível psicológico. Em relação ao *burnout* relacionado com o utente, quanto maior este fosse, menor o nível de qualidade de vida percebido no que se refere ao bem-estar físico. Desta forma, os cuidadores que reportaram níveis mais elevados de *burnout* experienciaram menores níveis de qualidade de vida, numa ou outra área específica.

Não foram encontradas relações entre QDV e sobrecarga nos **cuidadores informais**, o que pode dever-se ao tamanho da amostra neste grupo (< 20).

Quando se relaciona os **sintomas psicopatológicos** com a qualidade de vida percebida, para a **totalidade dos cuidadores**, verifica-se que quanto maior a intensidade de mal-estar e maior o número de sintomas presentes, menor é o nível de qualidade de vida percebida no geral e na QDV relacionada com a saúde física. Ao relacionar-se as áreas específicas envolvidas na qualidade de vida são encontrados resultados interessantes no bem-estar psicológico, sendo que quanto maior a intensidade do mal-estar, menor a QDV nesta área. O facto de apenas serem apresentadas correlações fortes com “índice geral de sintomas”, tanto nos **cuidadores formais** como nos **informais**, nesta área sugere que o bem-estar psicológico se encontra altamente relacionado com os sintomas psicopatológicos, que se deve provavelmente ao facto de estarem a ser avaliadas dimensões do ser humano similares. Na minha opinião, torna-se ainda importante referir que as relações encontradas, tanto para os **cuidadores formais** como para os **informais**, entre o domínio psicológico e as subescalas depressão e ansiedade, significam que quanto

mais sintomas relacionados com estas subescalas são experienciados, menor a QDV neste domínio. Foi ainda verificado que quanto menor a qualidade de vida relacionada com as relações sociais, maior a presença de sintomas relacionados com a ansiedade. Isto sugere que o suporte social pode desempenhar um papel importante existência de ansiedade em cuidadores.

Quando se observam as relações entre a QDV percebida e as **estratégias de coping**, para a **totalidade dos cuidadores**, verifica-se que quanto mais a estratégia de distanciamento é utilizada pelos cuidadores, menores são níveis de qualidade de vida. Este resultado pode dever-se ao facto de que certas formas de *coping* podem ser menos adaptativas e impedir a pessoa de adoptar outras estratégias mais adaptativas, levando à falta de desenvolvimento pessoal nos processos de *coping*. (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman *et al.*, 1986) Por outro lado este tipo de estratégia de *coping* pode ser uma resposta ao *burnout* e ao stress experienciado pelo cuidador. (Montero-Marín *et al.*, 2014)

4.4. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos

Os resultados a partir das análises exploratórias indicaram que os cuidadores formais que trabalham mais horas, apresentam mais sintomas relacionados com a obsessão-compulsão, com a depressão e com a hostilidade. Tendo em conta que a literatura no que se refere aos cuidadores formais é pouco vasta nesta área, seria interessante realizar futuros estudos e tentar verificar o motivo dos resultados encontrados. Ao nível da categoria profissional verificou-se que quando comparado o grupo de cuidadores qualificados com o grupo de não qualificados, os qualificados apresentaram maiores níveis de *burnout* relacionado com o trabalho. Estes resultados podem estar relacionados com o tipo de tarefas desempenhadas pelos cuidadores qualificados serem mais exigentes. No entanto, estes resultados parecem não estar de acordo com outros estudos realizados neste âmbito (Engström, Skytt & Nilsson, 2011).

4.5. Comparar, dentro do grupo de cuidadores informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir dos dados sociodemográficos

Relativamente aos cuidadores informais, os resultados das análises exploratórias verificaram que os cuidadores com idade menor ou igual a 55 anos experienciaram maiores níveis de sobrecarga relacionada com a relação interpessoal. Estes resultados podem dever-se ao facto de que a mais de metade dos cuidadores deste grupo (60%) serem filhos(as) dos idosos a quem prestam cuidados, podendo sentir-se obrigados a desempenharem este papel pelo princípio da reciprocidade, isto é por já terem recebido cuidados dos pais e fazendo com que se sintam em dívida. Este sentimento de obrigação pode levar ao sentimento de culpa e de frustração (Blau, 1981; Zarit & Edwards, 2008) Os resultados demonstraram que os cuidadores que vivem na mesma terra ou em terras próximas do idoso apresentam maiores níveis de qualidade de vida em geral do que os cuidadores que se encontra na mesma casa, bairro ou rua que o idoso, e maiores níveis de sobrecarga no que se refere à percepção de autoeficácia. Os resultados relativamente à qualidade de vida podem estar relacionados com o facto dos idosos que vivem mais próximos dos seus cuidadores apresentarem um maior grau de dependência (Zarit & Edwards, 2008), fazendo com que exista um maior numero de cuidados fornecidos, assim como o tipo de cuidados ser mais exigente. O facto dos níveis de sobrecarga relacionados com a percepção da autoeficácia serem maiores nos cuidadores que estão mais distantes fisicamente do idoso, pode ser explicado pelo facto dos cuidadores experienciarem dificuldades na obtenção de informação acerca do estado do idoso e das necessidades do idoso de forma realística e precisa (Zarit & Edwards, 2008), levando ao sentimento de pouca eficácia no ato de cuidar. Os resultados obtidos relativamente ao facto dos cuidadores que prestam um tipo apoio instrumental e não instrumental percepcionarem menores níveis de qualidade de vida estão de acordo com resultados encontrados noutros estudos, que afirmam que os idosos que apresentam problemas físicos e emocionais tendem a gerar mais stress e tensão nos cuidadores. (Aneshensel *et al.*, 1995) Os resultados encontrados relativamente à situação profissional, na qual os cuidadores informais que trabalhavam a tempo inteiro apresentavam maiores níveis de sobrecarga relacionada com a relação interpessoal, podem ser explicados pelo facto dos mesmos terem menos tempo disponível para estar com o idoso, levando a um maior nível de sobrecarga.

4.6. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais e dentro do grupo de cuidadores informais, diferenças entre subgrupos definido a partir dos níveis de sobrecarga.

As análises exploratórias das diferenças entre grupos relacionadas com níveis de sobrecarga indicaram que os cuidadores que sentiram maior nível de *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho apresentaram valores mais elevados de sintomas psicopatológicos relacionados com a depressão, assim como maior intensidade de mal-estar e maior numero de sintomas no total. Estes resultados encontram-se de acordo com outros estudos realizados (Melo, Maroco & Mendonça, 2011)

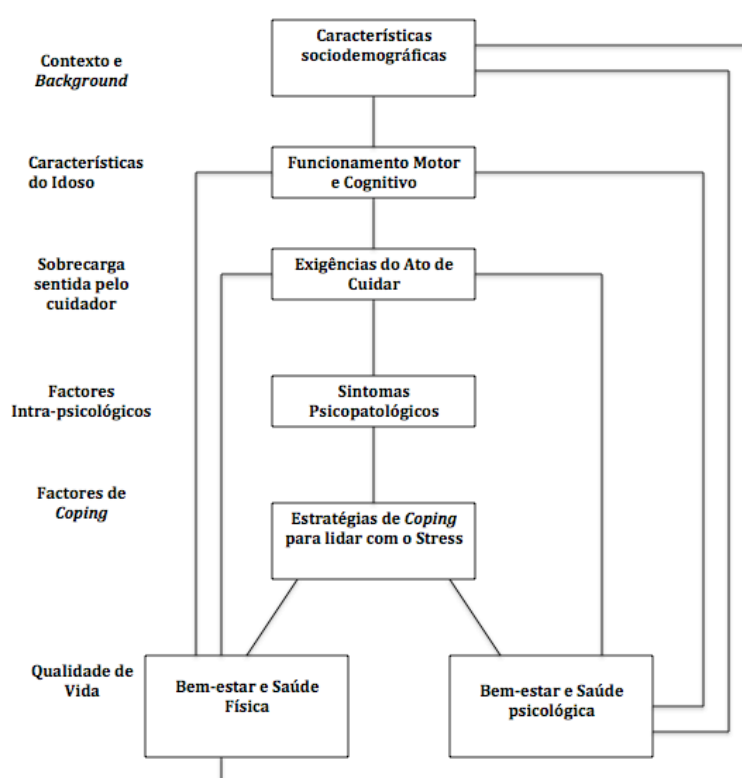
4.7. Adaptação do Modelo do Processo de Cuidar e da Sobrecarga do Cuidador de Raina *et al.* (2004)

Tendo em conta os resultados obtidos através desta investigação, propõe-se a adaptação do modelo do processo de cuidar e da sobrecarga do cuidador de Raina *et al.* (2004). Esta adaptação surge no âmbito dos resultados apresentados mas também pelo facto do modelo ter sido realizado com base em literatura pediátrica, mas também geriátrica, devido à presença de características semelhantes entre as duas populações. Relativamente aos cuidados prestados, o cuidador muitas vezes tem de prestar cuidados ao idoso semelhantes aos prestados a crianças. Por outro lado, é importante referir que este modelo integra todos os conceitos e variáveis estudadas nesta investigação. O modelo adaptado reporta-se aos cuidadores formais e informais, devido ao facto de não terem sido encontradas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos para os constructos incluídos.

Desta forma, consideram-se os seguintes constructos: *background* e contexto; características do idoso; sobrecarga do cuidador; factores intra-psicológicos; estratégias de *coping*; e qualidade de vida. O *background* e o contexto podem ser definidos como o “contexto no qual o ato de cuidar ocorre” (Raina *et al.*, 2004, p.9), que inclui as características sociodemográficas dos cuidadores, como por exemplo a distância física entre o cuidador e o idoso (cuidadores informais), o tipo de apoio prestado (instrumental ou não), a relação com o idoso, e o facto do cuidador formal ser ou não qualificado. As características do idoso podem ser definidas como o grau de funcionamento motor e cognitivo do idoso, assim com o grau de dependência na realização das tarefas do dia-a-dia. Quanto maior a dependência física e emocional do

idoso maior serão as dificuldades para o cuidador. Relativamente à sobrecarga do cuidador pode ser definida como as adversidades físicas, psicológicas, económicas e sociais do ato de cuidar (Garlo *et al.*, 2010). Dentro deste constructo foram consideradas as exigências do ato de cuidar, nomeadamente a auto-perceção da competência para realizar as tarefas que são necessárias. Os factores intra-psicológicos reportam para os sintomas psicopatológicos experienciados pelos cuidadores. O constructo factores de *coping* inclui as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o stress. Por ultimo, a qualidade de vida refere-se ao bem-estar psicológico e físico do cuidador e está ligada a todos os outros constructos e factores aqui definidos. A figura 2 representa o modelo sugerido e as ligações encontradas entre os constructos nesta investigação.

Fig. 2. Adaptação do modelo do processo de cuidar e da sobrecarga do cuidador (Raina *et al.*, 2004)



V. Conclusões

O objetivo principal deste estudo centrou-se nas relações entre as variáveis estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos, níveis de sobrecarga e a variável qualidade de vida percebida. Foram também avaliadas as variáveis referidas para os cuidadores formais, para os informais e para a totalidade dos cuidadores, assim como realizadas comparações entre os grupos de cuidadores.

Os principais resultados desta investigação indicaram que para a totalidade dos cuidadores, a qualidade de vida em geral é percebida como sendo relativamente boa. Quando avaliadas as variáveis de nível de sobrecarga e de sintomas psicopatológicos para a totalidade dos cuidadores verificou-se a inexistência de níveis de sobrecarga elevados ou de sintomas psicopatológicos significativos a um nível clínico. Apesar de não existirem níveis elevados de sobrecarga, os cuidadores informais apresentaram níveis de sobrecarga ligeiros. Os cuidadores formais quase nunca ou nunca apresentaram níveis de *burnout*. Em futuras investigações seria importante avaliar esta população em Portugal num estudo longitudinal, que permitisse por um lado explorar as associações entre as exigências do ato de cuidar e o nível de sobrecarga ou de *burnout* experienciado, e por outro analisar possíveis variáveis moderadoras, assim como factores protetores e de risco no ato de cuidar (como por exemplo, ter ou não ajudas externas ou a divisão de tarefas do cuidar entre os membros da família). Seria ainda interessante do ponto de vista de investigação futura criar um instrumento de medida com boas características psicométricas que avalie o nível de sobrecarga tanto para cuidadores formais e informais, já que a inexistência de um não permite comparações entre grupos relativamente a esta variável.

Verificou-se que o grupo de cuidadores deste estudo utiliza estratégias de *coping* que em geral se consideram adaptativas. No entanto, é importante referir que o instrumento que avaliou esta variável apresenta níveis de consistência interna genericamente baixos e por isso a interpretação dos seus resultados deve ser feita com algum cuidado.

Quando se relacionou os níveis de *burnout* e níveis de qualidade de vida (QDV) percebida, encontraram-se relações em todos os domínios da QDV. Quando se relacionou os sintomas psicopatológicos com a qualidade de vida percebida verificou-se que quanto maior a intensidade de mal-estar e maior o número de sintomas

presentes, menor era o nível de qualidade de vida percebida no geral. Foi ainda verificado que quanto menor a qualidade de vida relacionada com as relações sociais, maior a presença de sintomas relacionados com a ansiedade. Estes dados sugerem a importância da realização de estudos futuros que permitam verificar como é que as variáveis *burnout* e sintomas psicopatológicos influenciam o nível de qualidade de vida.

Seria interessante desenvolver programas de apoio aos cuidadores centrados na qualidade de vida e realizados com base num levantamento das necessidades dos mesmos, que incluíssem grupos de apoio, de forma a permitir um reconhecimento das dificuldades encontradas no ato de cuidar, e intervenções individuais. A importância de ambos os tipos de apoio já foi estudado, tendo sido verificado que o conjunto das duas intervenções tinha efeitos na melhoria da capacidade para lidar com o stress relacionado com o ato de cuidar (Toseland *et al.*, 1990) Este tipo de programas poderia ao possibilitar o desenvolvimento de competências referentes ao ato de cuidar, de forma a diminuir do nível de sobrecarga, assim como uma maior percepção de autoeficácia.

Seria ainda interessante estudar o modelo do processo de cuidar e da sobrecarga do cuidador que foi adaptado de Raina *et al.* (2004) através de uma investigação que permitisse avaliar o modelo de forma empírica.

Torna-se importante referir que todos os participantes responderam aos questionários de livre vontade, tendo para isso tomado conhecimento do tema e dos objectivos desta investigação, e assinado o consentimento informado.

Por último é importante referir as limitações da investigação. Uma limitação importante ocorre ao nível da amostra devido ao facto da mesma ser pequena e bastante restrita, tendo em conta que é composta por cuidadores formais e informais de idosos que pertencem à freguesia da Penha de França. Desta forma, os resultados encontrados devem ser lidos de forma cautelosa. Outra limitação da investigação é o número de questionários respondidos por cada cuidador, existindo a possibilidade das respostas não serem representativas dos verdadeiros sentimentos, emoções e comportamentos da pessoa. Ainda relativamente aos instrumentos, tendo em conta que estes são instrumentos de autorrelato, existem limitações nas conclusões que podem ser retiradas a partir dos resultados obtidos dos mesmos. Existem, ainda, limitações no estudo referentes à literatura, existindo pouca literatura acerca dos

cuidadores formais e poucos estudos com a população portuguesa que permitam outras comparações dos resultados.

Referências Bibliográficas

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch C. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press, Inc.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. (2nd ed.) Buckingham: Open Press University.

Blau, Z.S. (1981) *Aging in a changing society*. (2nd ed.). Franklin Watts, New York.

Canavarro, M. C. (1999) Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp.87-109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2007) Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*. (pp.305-330). Coimbra: Quarteto.

Collings S (2006). *Informal caregivers of people with schizophrenia: literature review*. PhD thesis. Wellington

Cordona, D., Segura A., Berberí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al syndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 30-39.

Cristensen, L., Johnson, R., & Turner, L. (2011). *Research methods, and design, and analysis*. Boston: Pearson

Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19, 732-741.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239

Folkman, S., & Lazarus, S. (1985). If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579

Fonte, C. (2011). Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen burnout inventory. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Garlo K., O'Leary J., Van Ness P., Fried, T. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2315–2322.

Goodhead, A., & McDonald, J. (2007). Informal Caregivers Literature Review: a report prepared for the National Health Committee. Retirado de <http://nhc.health.govt.nz/publications/nhc-publications-pre-2011/informal-caregivers-literature-review-report-prepared>

Jones, S., Hadjistavropoulos, H., Janzen, J., & Hadjistavropoulos, T. (2011). The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Medicine*, 12, 51-58. doi:10.1002/gps.2677

Mattei, V., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurol SCI*, 29, 383-389

Mausbach, B., Roepke, S., Chattilion, E., Harmell, A., Moore, R., Romero-Moreno, R., Bowie, C., Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 16, 27-38. doi: 10.1080/13607863.2011.615738

Melo, G., Maroco J., & Mendonça, A. (2011). Influence of personality on caregivers burden, depression, and distress related to BPSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1275-1282

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J. Demarzo, M., Gascon, S., & García-Campayo (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS ONE*, 9. doi: 10.1371/journal.pone.0089090\

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594. doi: 10.1093/geront/30.5.583

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Cristensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207. doi: 10.1080/02678370500297720

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoiética: do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 181-196.

Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Avaliação Psicológica*, 4, 491-502.

PORDATA (2014). *Esperança média de vida: total e por sexo*. Retirado de www.pordata.pt

Raina, P., O'Donnell, M., Schewellnus, H., Rosenbaum, King, G., Brehaut, J., Russell, D., Swinton, M., King, S., Wong, M., Walter, S., Wood, E. (2004). Caregiving and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BCM Pediatrics*, 4.

Rogerson, R., Findlay, A., Morris, A., & Combes M. (1989). Indicators of quality of life: some methodological issues, *Environment and Planning A*, 21, 1655-1666.

Rogerson, R. (1999). Quality of Life and City Competitiveness. *Urban Studies*, 36, 969-985. doi: 10.1080/0042098993303

Schaufeli, W., & Greenglass, E. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychological and Health*, 16, 501-510.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9-16.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491-500. doi:10.1111/jocn.12108

Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., Peredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrument de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.

Toseland, R., Rossiter, C., Peak, T., & Smith, G. (1990). Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work, 35*, 209-217.
doi: 10.1093/sw/35.3.209

WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*, 153-159.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.

Zarit, S. & Edwards, A. (2008). Family caregiving: research and clinical intervention. In B. Woods & L. Clare (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 255-288). England: John Wiley & Sons, Ltd.

Anexos

(1)



Protocolo de consentimento informado do cuidador

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de _____ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do cuidador sobre a qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidados e sobre a sua própria qualidade de vida.
2. Avaliar a sobrecarga a que o cuidador está submetido devido à prestação de cuidados e avaliar as estratégias de confronto (lidar com as situações com que é confrontado) que utiliza habitualmente.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na perceção da sua qualidade de vida, da sobrecarga sentida, nas estratégias de confronto a que recorre e na perceção da qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidado.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da qualidade de vida dos idosos a quem presto cuidados, acerca da perceção da minha

qualidade de vida, da sobrecarga sentida e das estratégias de confronto a que recorro.

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

(2)

QSD-CUIDADOR INFORMAL

CÓDIGO _____

1. Género: Masculino r Feminino r

2. Idade: _____

3. Estado civil:

Casado(a) / Em união de facto	r	Divorciado(a) / Separado(a)	r
Viúvo(a)	r	Solteiro(a)	r

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal	r
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	r
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório)	r
3º ciclo do ensino básico (9.º ano)	r
Ensino secundário (12.º ano)	r
Curso médio	r
Ensino superior	r

5. Situação na profissão (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro	r
Empregado(a) a tempo parcial	r
Reformado(a) / pensionista	r
Desempregado(a)	r
Estudante a tempo inteiro	r
Doméstica	r
Outra	r
Qual? _____	

6. Qual a sua profissão (atual ou a última)? _____

7. Qual é o seu grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a)	r
Filho(a)	r
Irmão (ã)	r
Nora/genro	r
Outro membro da família	r
Nenhum	r

8. Tem algum filho a cargo?

Não	r	
Sim	r	Quantos? _____

9. Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

Vivem na mesma casa	r	Vivem no mesmo bairro/rua	r
Vivem na mesma terra (a menos de 10 km)	r	Vivem em terras próximas (menos de 30 km)	r
Vivem a mais de 30 km de distância	r	Outra situação	r
		Qual? _____	

10. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano	r	Entre 1 a 2 anos	r
Entre 3 a 5 anos	r	Mais de 5 anos	r
		Quantos? _____	

11. Que tipo de apoio/cuidados presta frequentemente ao seu familiar?

(pode assinalar mais do que uma opção)

Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	
Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	
Efetuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	
Tomar os medicamentos	
Gerir o dinheiro	
Utilizar o telefone	
Ir às compras	
Tratar de assuntos burocráticos	
Acompanhamento a consultas médicas	
Transporte do familiar	
Passear/atividades de lazer	
Apoio emocional	
Apoio financeiro	
Supervisão regular (“olhar pelo idoso” e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)	
Outras _____	

12. Em média, quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

0 a 8 horas	r	9 a 20 horas	r
21 a 40 horas	r	Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)	r

13. Mais alguém (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais etc.) colabora na tarefa de prestação de cuidados?

Não r

Sim r

14. Tem que pagar por essa colaboração? Não r

Sim r

Especifique em que situações _____

15. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não r

Sim r

Quantos? _____

(3)

QSD – Cuidador Formal

CÓDIGO _____

Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.

1. Sexo: M ____ F ____
2. Idade: ____ (anos)
3. Escolaridade:
 - a. Sem qualquer escolaridade formal ____
 - b. 1º - 4º Ano ____
 - c. 5º - 6º Ano ____
 - d. 7º - 9º Ano ____
 - e. 10º - 12º Ano ____
 - f. Ensino Superior ____
4. Estado Civil:
 - a. Solteiro(a) ____
 - b. Casado(a) ____
 - c. Divorciado(a) ____
 - d. Viúvo(a) ____
 - e. União de facto ____
 - f. Separado(a) ____
5. Tem filhos?
 - a. Não ____
 - b. Sim ____ Quantos? ____
6. Tem outros dependentes?
 - a. Não ____
 - b. Sim ____ Quantos? ____ Quem? _____
7. Local de residência:

a. Rural ____

b. Urbano ____

8. Categoria Profissional _____

9. Funções desempenhadas na Instituição:

10. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes)

11. Quantas horas trabalha por semana? ____

12. Trabalha por turnos?

a. Sim ____

b. Não ____

13. No último ano faltou ao serviço?

a. Nunca/raramente ____

b. Algumas vezes ____

c. Bastantes vezes ____

14. Se pudesse, mudaria de profissão?

a. Sim ____

b. Não ____

(4)

**Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as escalas do
COPENHAGEN dos cuidadores formais**

COPENHAGEN	BP	BT	BU
WHOQOL-Bref			
G	-0,45*	-0,28*	-0,36
F	-0,42	-0,29	-0,43*
P	-0,35	-0,50*	-0,23
RS	-0,28	-0,30	-0,34
A	-0,54**	-0,29	-0,44*

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; BP – *Burnout* Pessoal; BT – *Burnout* relacionado com o trabalho; *Burnout* relacionado com o utente

(5)

Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as escalas do BSI para os cuidadores informais

	BSI	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	AF	IP	PSIC	IGS	ISP	TSP
WHOQOL-Bref													
G		-0,21	-0,21	-0,34	-0,30	-0,37	-0,18	-0,30	-0,17	-0,19	-0,26	-0,10	-0,23
F		-0,61**	-0,32	-0,41	-0,53*	-0,54*	-0,38	-0,59*	-0,77**	-0,53*	-0,60*	-0,73**	-0,44
P		-0,13	-0,46	-0,64**	-0,61**	-0,60*	-0,44	-0,37	-0,41	-0,60*	-0,60*	-0,39	-0,61**
RS		-0,17	-0,42	-0,46	-0,56*	-0,69**	-0,38	-0,53*	-0,43	-0,48*	-0,55*	-0,47	-0,50*
A		-0,31	-0,40	-0,72**	-0,54*	-0,56*	-0,49	-0,18	-0,34	-0,34	-0,49*	-0,28	-0,53*

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI –Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP –Ideação Paranoíde; PSIC – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

(6)

Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as escalas do BSI para os cuidadores formais

	BSI	SOM	OC	SI	DEP	ANS	HOST	AF	IP	PSIC	IGS	ISP	TSP
WHOQOL-Bref													
G		-0,44*	-0,51*	-0,48*	-0,57**	-0,52*	-0,35	-0,39	-0,14	-0,41	-0,54**	-0,73	-0,53*
F		-0,51*	-0,51*	-0,38	-0,50*	-0,53*	-0,30	-0,56**	-0,16	-0,44*	-0,55**	-0,18	-0,50*
P		-0,46*	-0,66**	-0,50*	-0,66**	-0,70**	-0,43*	-0,53*	-0,21	-0,51*	-0,67**	-0,45*	-0,51*
RS		-0,32	-0,48*	-0,52*	-0,52*	-0,57**	-0,52*	-0,44*	-0,32	-0,43*	-0,59**	-0,35	-0,49*
A		-0,38	-0,32	-0,54**	-0,40	-0,54**	-0,10	-0,39	-0,36	-0,25	-0,47*	-0,24	-0,42

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; SOM – Somatização; OC – Obsessão-Compulsão; SI –Sensibilidade Interpessoal; DEP – Depressão; ANS – Ansiedade; HOST – Hostilidade; AF – Ansiedade Fóbica; IP –Ideação Paranóide; PSIC – Psicoticismo; IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

(7) Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as pontuações relativas das Escalas do QMLA para os cuidadores formais e informais

WHOQOL-Bref	QMLA		AC		SS		FE		RPP		RP		AR		CC		D	
	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF
G	-0,51*	0,04	-0,14	-0,01	0,02	-0,35	0,07	0,05	0,28	0,09	-0,12	0,09	0,31	-0,06	-0,44	-0,35		
F	-05	0,07	-0,17	0,32	-0,44	-0,17	0,10	0,26	-0,16	0,24	-0,15	-0,01	-0,17	0,19	-0,16	0,19		
P	0,03	0,02	0,14	0,03	-0,13	-0,23	0,33	0,08	0,03	0,16	0,10	-0,01	0,20	0,05	0,08	0,01		
RS	-0,19	-0,17	-0,21	-0,24	-0,01	-0,22	0,07	-0,17	0,12	-0,05	-0,21	-0,05	0,03	-0,14	0,10	-0,30		
A	-0,14	0,01	0,23	0,10	-0,06	-0,15	0,47	0,09	0,29	0,03	0,17	0,06	0,12	-0,16	-0,16	-0,21		

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; CI – Cuidador Informal; CF – Cuidador Formal
AC – Autocontrolo; SS – Procura de Suporte Social; FE – Fuga/Evitamento; RPP – Resolução Planeada do Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; CC – *Coping* Confrontativo; D – Distanciamento.

Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as pontuações absolutas das Escalas do QMLA para os cuidadores formais e informais

QMLA	AC		SS		FE		RPP		RP		AR		CC		D	
	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF	CI	CF
WHOQOL-Bref																
G	-0,51*	0,04	-0,10	-0,02	0,02	-0,35	0,07	0,05	0,29	0,10	-0,12	0,09	0,37	-0,08	-0,44	-0,35
F	-0,47	-0,07	-0,22	0,30	-0,44	-0,18	0,10	0,26	-0,19	0,23	-0,15	-0,01	-0,16	0,15	-0,16	0,19
P	0,03	0,02	0,09	0,02	-0,13	-0,23	0,33	0,08	-0,01	0,17	0,10	-0,01	0,16	-0,09	0,08	0,01
RS	-0,19	-0,17	-0,16	-0,27	-0,01	-0,22	0,07	-0,17	0,13	-0,02	-0,21	-0,05	0,10	-0,18	0,10	-0,30
A	-0,14	0,01	0,20	0,11	-0,06	-0,15	0,47	0,09	0,27	0,05	0,17	0,06	0,13	-0,18	-0,16	-0,21

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; CI – Cuidador Informal; CF – Cuidador Formal
AC – Autocontrolo; SS – Procura de Suporte Social; FE – Fuga/Evitamento; RPP – Resolução Planeada do Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; CC – *Coping* Confrontativo; D – Distanciamento.

(8) Correlações entre os domínios do WHOQOL-Bref e as Escalas do QMLA para a totalidade dos cuidadores

WHOQOL-Bref	QMLA		AC		SS		FE		RPP		RP		AR		CC		D	
	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL
G	-0,15	-0,15	-0,06	-0,06	-0,20	-0,20	0,07	0,07	0,14	0,13	0,06	0,06	0,10	0,09	-0,37*	-0,37*		
F	0,00	0,00	0,05	0,07	-0,30	0,30	0,18	0,18	0,04	0,06	-0,03	-0,03	0,08	0,10	0,00	0,00		
P	0,04	0,04	0,06	0,08	-0,20	-0,20	0,19	-0,19	0,13	0,13	0,08	0,08	0,03	0,05	0,06	0,06		
RS	-0,19	-0,19	-0,21	-0,22	-0,13	-0,13	0,10	-0,10	0,03	0,02	-0,06	-0,06	-0,04	-0,05	-0,17	-0,17		
A	-0,07	-0,07	0,09	0,09	-0,08	-0,08	0,16	-0,16	0,04	0,04	0,08	0,08	-0,10	-0,09	-0,18	-0,18		

** p<0,01; *p<0,05

G – Domínio Geral; F – Domínio Físico; P – Domínio Psicológico; RS – Domínio Relações Sociais; A – Domínio Ambiente; AC – Autocontrolo; SS – Procura de Suporte Social; FE – Fuga/Evitamento; RPP – Resolução Planeada do Problema; AR – Aceitação da Responsabilidade; CC – *Coping* Confrontativo; D – Distanciamento; ABS – Absolutas; REL – Relativas